

POLITECNICO DI TORINO

Collegio di Ingegneria Informatica, del Cinema e Meccatronica

**Corso di Laurea Magistrale
in Ingegneria del Cinema e dei Mezzi di Comunicazione**

Tesi di Laurea Magistrale

**Etnopsichiatria e formazione: strumento
tecnologico tramite progettazione front end e
animazione 2D.**



Relatore

prof. Sabrina Montagna

Candidato

Monica Di Fabbio
s250954

Ottobre 2019

INDICE

Introduzione	pag. 11
Capitolo I. L'etnopsichiatria	pag. 15
1. Psicoterapia transculturale	pag. 16
1.1 <i>Le radici della disciplina: Emil Kraepelin</i>	pag. 16
1.2 <i>La diagnosi «situazionale» di Frantz Fanon</i>	pag. 17
1.3 <i>Georges Devereux: epistemologia dell'interdisciplinarietà</i>	pag. 18
1.4 <i>Le psicoterapie non verbali e la sociosomatica: Henri Collomb</i>	pag. 20
1.5 <i>L'approccio meta-etnico di Piero Coppo</i>	pag. 21
1.6 <i>Albert Memmi: l'amnesia culturale e i «valori rifugio» dei colonizzati</i>	pag. 23
1.7 <i>Considerazioni conclusive: Evans-Pritchard e Bastide</i>	pag. 24
2. Lo stato depressivo	pag. 26
2.1 <i>La depressione in Occidente</i>	pag. 26
2.2 <i>Il confronto con le culture primitive</i>	pag. 30
2.3 <i>Il suicidio</i>	pag. 32
3. Le sindromi culturali	pag. 36
3.1 <i>Sindromi depressive</i>	pag. 38
3.2 <i>Il ruolo della magia e lo sciamanismo</i>	pag. 42
Capitolo II. Diagnosi e statistiche	pag. 49
1. Il DSM-5	pag. 49
1.1 <i>I disturbi depressivi</i>	pag. 50
1.2 <i>L'influenza del contesto culturale</i>	pag. 56
2. Il fenomeno migratorio	pag. 63
2.1 <i>La questione della nostalgia</i>	pag. 63
2.2 <i>L'immigrazione oggi</i>	pag. 66

Capitolo III. I centri di accoglienza **pag. 73**

1. Le figure professionali pag. 76
 - 1.1 Personale di gestione* pag. 77
 - 1.2 Personale di assistenza* pag. 78
 - 1.3 La figura del mediatore culturale* pag. 79
 - 1.4 Personale sanitario* pag. 83
 - 1.5 Carenza di alcune figure e importanza della formazione
etnopsichiatrica* pag. 84
2. Oltre la lingua: lo sviluppo dell'empatia pag. 86
3. Le problematiche del cambiamento pag. 88
4. Strumenti esistenti pag. 92

Capitolo IV. Dalla ricerca all'azione: le carenze strumentali **pag. 93**

1. La ricerca pag. 93
 - 1.1 Contesto* pag. 93
 - 1.2 Obiettivi* pag. 96
 - 1.3 Target* pag. 97
 - 1.4 Metodo e fonti* pag. 98
 - 1.5 Risultati* pag. 100
2. Le carenze riscontrate pag. 101
3. Analisi dei percorsi attuali pag. 103
4. Il passaggio all'azione: perché la tecnologia? pag. 105

Capitolo V. “Éthnos”	pag. 107
1. La struttura	pag. 109
1.1 Homepage	pag. 109
1.2 Sezioni principali e relative schede	pag. 111
1.3 Pagina «Dati e tabelle»	pag. 112
1.4 Contatti	pag. 113
1.5 Pagine generiche: «Psichiatria», «Etnologia», «Mediazione»	pag. 113
1.6 Sezione Eventi	pag. 114
1.7 Mappa delle sindromi	pag. 115
1.8 Sezione Magia	pag. 116
2. Il design	pag. 117
2.1 La grafica	pag. 119
2.2 Le animazioni	pag. 123
Capitolo VI. In-formazione	pag. 127
1. Sceneggiatura	pag. 129
2. Illustrazioni	pag. 132
3. Animazione	pag. 134
4. Montaggio video e audio	pag. 136
Conclusione	pag. 139
1. Obiettivi prefissati e risultati raggiunti	pag. 139
2. Limiti e speranze future	pag. 142
Riferimenti bibliografici	pag. 145
Indice delle figure	pag. 153

INTRODUZIONE

Quanto è complesso, al giorno d'oggi, il mestiere dell'operatore sociale? Nel contesto odierno, in effetti, tale figura ricopre una varietà di ruoli: parte della lingua, ad esempio, dovrebbe lasciare spazio a un approccio culturale, per non dire antropologico. Chi lavora a stretto contatto con *immigrati* (che, ricordiamolo, per essere tali devono essere considerati, al tempo stesso, anche *emigrati*), deve poter avere la possibilità di usufruire di strumenti formativi e informativi che trattino della diversità. Quello che si vuole ottenere, con questa ricerca, è la consapevolezza del valore di un'accurata analisi del contesto storico/geografico e culturale nell'approccio alla malattia mentale (in particolare ai disturbi depressivi) degli stranieri, anziché abbandonarsi a conclusioni avventate e inclini all'errore.

La passione per i viaggi e per la sperimentazione di culture diverse dalla mia è una delle ragioni principali che mi hanno portato ad avvicinarmi al presente lavoro di tesi. La sensazione di fastidio generata dall'attuale pregiudizio nei confronti degli immigrati, soprattutto nell'ambito italiano, inoltre, ha contribuito alla scelta. Mi piacerebbe riuscire a spiegare meglio una parte del loro atteggiamento, per renderlo non solo perfettamente giustificabile bensì non bisognoso di giustificazioni: non c'è il *giusto* e lo *sbagliato* qui; soltanto il *culturalmente differente*. Per correggere dei luoghi comuni, in aggiunta, occorre entrare nella mente degli operatori dell'accoglienza (prima, successivamente di tutti), aiutarli a comprendere e, quindi, ad agire. Quale miglior linguaggio di quello della psiche e delle relative malattie? In questo progetto, mi concentro sul disturbo depressivo, nelle sue varie forme – occidentali e non – poiché mi è più a cuore. Infine, le mie scelte universitarie mi hanno imposto il felice obbligo di ricorrere, nel tentativo di risolvere la questione, alla programmazione e all'animazione digitale.

Studiare l'antropologia e la psichiatria transculturale ci aiuta a comprendere tutti quei fenomeni attuali di astio nei confronti del processo migratorio. Senza entrare nell'ambito della politica o in quello della legge, che esulano dagli obiettivi di questa tesi, è tuttavia importante tenere a mente che ogni essere umano è, in quanto tale, simile agli altri e,

contemporaneamente, unico. Persino nell'unicità di ogni individuo, esistono delle costanti; alcune di esse hanno la capacità di svilupparsi anche in società diverse, in senso *transculturale*, altre sono influenzate in maniera troppo forte dalla cultura di appartenenza. L'operatore dovrebbe incrementare le proprie potenzialità empatiche, per meglio comprendere, da un lato, e per meglio farsi comprendere, dall'altro. Al di là dell'aspetto romantico, lo scopo di questa tesi è sfruttare le tecnologie dell'informazione e i nuovi media per permettere questo processo di immedesimazione, da cui la consapevolezza delle ragioni che spingono a determinati comportamenti, modi di pensiero e/o stili di vita, da cui ancora, infine, una scomparsa dell'ostilità e del pregiudizio.

Si vuole qui approfondire lo studio della malattia mentale, in particolar modo della depressione, dimostrandone la varietà – tanto nella costituzione e nell'analisi, quanto nella cura – nelle diverse parti del mondo. Ciò vuole sottolineare l'importanza dell'aspetto culturale nella formazione del disturbo depressivo; in effetti, è in questi ultimi anni che la disciplina definita *Etnopsichiatria* sta avendo credito, nonostante la sua nascita risalga al secondo dopoguerra. La prima parte di questa tesi fa riferimento proprio a tale scienza, anche detta *Psicoterapia transculturale*, prendendo in esame gli esponenti principali nell'ambito della depressione e mettendo a confronto la caratterizzazione occidentale di questo disturbo con le cosiddette «*culture-bound syndromes*» (sindromi culturali) e la rilevanza culturale del rito e della stregoneria in alcune società. A partire dalla definizione dei disturbi depressivi contenuta all'interno del DSM-5 (la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali, risalente al 2013), si passerà, quindi, ad analizzare più strettamente i dati e le statistiche, osservando gli attuali centri di accoglienza per immigrati con particolare attenzione alla figura del mediatore. È così che emergerà la carenza di alcuni strumenti: quelli per l'informazione generale e per la formazione degli operatori nel settore, dal punto di vista psicologico e antropologico.

Nella seconda parte della tesi, si tenta di sopperire alla mancanza di uno strumento di tale tipo. Per raggiungere questo obiettivo, verrà costruito un sito web dedicato, il cui target consisterà, appunto, negli operatori nell'ambito dell'accoglienza. Si tratta di uno strumento di supporto che permetta di imparare a (ri)conoscere determinati disturbi depressivi in pazienti con un background storico/culturale differente da quello occidentale, e offra, al

tempo stesso, un metodo per affrontarli. Much attention sarà posta sull'aspetto grafico di tale piattaforma, in modo tale che sia adatta all'utente destinatario del prodotto e che sia facile da utilizzare. All'interno del sito (costruito attraverso i linguaggi di programmazione HTML5, CSS, JavaScript e sfruttando la piattaforma Firebase per una piccola funzionalità lato server), sarà anche presente un video informativo realizzato in animazione 2D, con l'obiettivo di pubblicizzare la piattaforma web attraverso una grafica d'impatto visivo semplice ed immediato.

È stata svolta una prima analisi di ricerca sull'etnopsichiatria a partire dall'omonimo libro di Roberto Beneduce e dal contributo di diversi autori a riguardo. Dal confronto della depressione nelle diverse culture e dall'utilizzo del Manuale Diagnostico e Statistico, è stato possibile procedere a una categorizzazione della ricerca. Conferenze e materiale sul web hanno permesso un'estrapolazione di dati sull'immigrazione e sui centri di accoglienza, oltre che sugli strumenti a disposizione degli operatori. I software impiegati nella parte pratica di questo lavoro saranno trattati in dettaglio all'interno dei capitoli dedicati.

Il discorso di questa tesi si snoda intorno a 6 capitoli principali: il primo capitolo riguarda le principali teorie dell'Etnopsichiatria; il secondo tratta i disturbi presenti nel DSM-5 e fornisce una serie di dati; il terzo capitolo, quindi, si concentra sulle figure operanti nei centri d'accoglienza. Il quarto capitolo lega le parti teorica e pratica, concentrandosi sulle carenze riscontrate. Con il quinto capitolo (che si occupa del sito web), comincia la seconda parte, che si conclude con il video informativo, argomento del sesto e ultimo capitolo.

Questa ricerca è stata utile soprattutto in quanto identificatrice di una carenza essenziale: quella di un effettivo strumento a disposizione degli operatori, causa ed effetto, al contempo, delle lacune psicologiche e antropologiche diffuse in tutta la società. Con l'ausilio delle tecnologie informatiche e della grafica multimediale, è stato possibile raggiungere lo scopo fondamentale di creare tale strumento e renderlo user-friendly e alla portata di tutti. La speranza futura consiste nella possibilità di collaborare direttamente con i centri di accoglienza, in particolare quelli riconosciuti dalle ASL.

I risultati della ricerca sono descritti in modo più accurato nel corso della tesi e nel capitolo conclusivo della stessa.

Cap. I

L'ETNOPSICHIATRIA

Il termine *etnopsichiatria* deriva dal greco¹ e, letteralmente, rappresenta la psichiatria dei popoli, ovvero lo studio comparativo delle malattie mentali all'interno di differenti gruppi etnici: come esse vengono percepite, vissute, analizzate e curate. Attraverso questa disciplina, la classificazione dei disturbi psichiatrici subisce una duplice contestualizzazione: quella ambientale e quella relativa alla cultura di appartenenza.

L'etnopsichiatria nasce nel momento in cui il mestiere dei medici e quello degli psichiatri viene a sovrapporsi; il confine tra le due professioni diventa sottile: sono gli anni del colonialismo. Da allora, la tendenza dei medici occidentali è quella di trattare tutti i pazienti scientificamente allo stesso modo, noncuranti delle sostanziali differenze culturali presenti tra i popoli. È così che la magia, i rituali, il fenomeno dello sciamanismo assumono connotazioni negative: sorgono i primi ospedali psichiatrici, o, per meglio dire, manicomi.

Occorrerà attendere la fine della seconda guerra mondiale per raggiungere un livello più elevato di sensibilità critica nei confronti delle popolazioni colonizzate. A partire dagli anni Cinquanta, molti sono gli autori che, riprendendo le teorie di Emil Kraepelin, Alfred Adler ed Émile Durkheim – solo per citarne alcuni – si fanno portavoce di tale scienza, arricchendola e adattandola ai giorni odierni. Alcuni di questi studiosi saranno ripresi e approfonditi più avanti nel capitolo (Henri Collomb, Georges Devereux, Roger Bastide ed altri).

¹ Secondo il Prof. Galzigna dell'Università di Venezia, l'etnopsichiatria nasce come etnopsicopatologia: prima ancora di occuparsi dell'ambito terapeutico, essa aveva come obiettivo la descrizione dei *pathemata*, ovvero dei disturbi della *psyché* (intesa come «spirito o soffio vitale») dell'altro, da cui *ethnos*. Il passaggio da psicopatologia a psichiatria comporta l'inclusione della terapia o cura.

1. Psicoterapia transculturale

1.1 Le radici della disciplina: Emil Kraepelin

L'oggetto principale di studio dell'etnopsichiatria consiste nella relazione tra cultura, malattia e terapia all'interno di uno specifico contesto; nel 1969, Louis Mars² riconosceva a questa disciplina la capacità di determinare «l'estensione delle malattie mentali attraverso i paesi e i continenti», in senso spaziale così come temporale. L'etnopsichiatria prende anche il nome di psicoterapia (psichiatria, psicologia) transculturale e nasce, in accordo con molti studiosi, nel 1904 con una nota di Emil Kraepelin sulla schizofrenia.³ Egli è anche da considerarsi il padre della nosografia psichiatrica, dalla quale si è sviluppato, negli anni contemporanei, il DSM (a cui si farà riferimento più avanti). Già nel 1899, aveva pubblicato un trattato in cui analizzava dal punto di vista comparativo le patologie, il suicidio e i disturbi dell'umore in diversi gruppi etnici europei. Il principale interesse di Kraepelin consisteva, appunto, nel tentativo di comparare i modelli clinici, con lo scopo di raggiungere il maggior livello di rigore metodologico possibile. Lo psichiatra tedesco focalizzò la sua area di studio sull'influenza dei tratti caratteriali etnici, nonché delle condizioni sociali – in generale, delle caratteristiche socioculturali – sullo sviluppo di malattie mentali. Studiò, difatti, alcune di quelle che oggi chiameremmo «sindromi culturali» (in particolare: *koro*, *latah* e *amok*), associandole a specifici disturbi della psichiatria occidentale (rispettivamente: disturbo ossessivo-compulsivo, isteria ed epilessia). Sebbene l'importanza imprescindibile della *Psichiatria Comparativa* e l'aria di novità di tale studioso, Kraepelin era ancora convinto del primato della psichiatria occidentale - «minacciata» soltanto da quella cinese. Pur non comprendendo differenze sostanziali nella struttura fisica del cervello⁴, questo primato non si fermerebbe al solo aspetto medico, bensì coinvolgerebbe le stesse capacità intellettive degli interessati: lo psichiatra affermava che un basso grado di sviluppo cognitivo e/o un basso grado di scolarizzazione contribuiscono alla costituzione di sintomi psichiatrici differenti. In particolare, un ruolo essenziale era svolto dal linguaggio. Occorreranno ancora

² Il Dottor Louis Mars, professore di Psichiatria e ambasciatore haitiano negli USA, che studiò accuratamente la pratica africana del Voodoo, fu probabilmente il primo ad utilizzare il termine *etnopsichiatria*, negli anni '30 del secolo scorso.

³ Secondo altre correnti, il padre della psichiatria transculturale sarebbe il medico francese Gilles de la Tourette, il quale realizzò il primo vero studio comparativo sui sintomi di quella che sarebbe stata successivamente chiamata la «sindrome di Tourette».

⁴ Ciò valeva, al contrario, per W. Carothers, il quale giudicava la corteccia frontale del cervello degli uomini africani più sottile rispetto a quella degli europei. Di Carothers si parlerà di nuovo più avanti nel capitolo.

degli anni prima di comprendere che tale diversità dipende, piuttosto, dal contesto culturale, dall'insicurezza economica e dalle lotte interiori dei colonizzati.⁵ A partire dai primi studi di Kraepelin, una ricerca del 1965 sulla schizofrenia ha condotto a importanti risultati: ricercatori con diversi background riescono a collaborare, alcuni strumenti possono essere utilizzati anche in senso transculturale, esistono pazienti con le stesse caratteristiche in varie parti del mondo. Occorre ricordare, infine, che la *Psichiatria Comparativa* di Kraepelin fonda il suo interesse nella malattia in sé ed essa è più vicina alla *Psichiatria Transculturale* di quanto non lo sia alla *Etnopsichiatria*, intendendo con questa distinzione che la prima è basata sull'idea che la mente degli esseri umani funzioni in modo simile indipendentemente dall'etnia, ma che essa si modelli sulla base della cultura in cui l'essere umano vive; la seconda studia la terapia, ovvero il prendersi cura, della mente di specifici gruppi socioculturali (con particolare attenzione verso gli immigrati e con un atteggiamento autocritico nei confronti della psichiatria occidentale). L'etnopsichiatria utilizza il sintomo come simbolo in grado di ricostruire un sistema di significati nella cultura di origine del paziente, per meglio comprendere lo sviluppo del disturbo stesso. Henri Collomb⁶ lo spiega meglio: per lui, l'etnopsichiatria abbandona il significato di studio comparativo delle malattie mentali nelle varie culture per assumere quello di difesa contro la follia, in quanto comprensione e cura delle malattie mentali sono tipiche di ogni cultura.

1.2 La diagnosi «situazionale» di Frantz Fanon

Fanon dedica gran parte della sua ricerca alla questione della colonizzazione e della disintegrazione culturale dei nativi, affermando con forza la corrente del *relativismo culturale*, che si contrapponeva al determinismo razziale. In realtà, il relativismo culturale attribuiva un'autonomia culturale anche ai popoli subordinati dal punto di vista economico e/o politico. Fanon viene, da alcuni, considerato il «Profeta del Terzo Mondo unitario»: lottando per il riconoscimento dell'esistenza anche di popoli non acculturati, ha contribuito a fondare una nuova concezione dell'antropologia e dell'etnopsichiatria. Il difetto dell'etnologia, secondo il Profeta, era stato essenzialmente quello di rappresentare uno strumento dell'Occidente che giustificasse l'oppressione di popoli colonizzati, ignorando il punto di vista della nuova cultura. Piuttosto che la morte della cultura autoctona, la

⁵ Ancora nel 1992, si credeva che il «furto del pensiero» non fosse presente negli immigrati italiani in Svizzera, a causa del loro scarso livello culturale (Risso, Böker).

⁶ Per H. Collomb, vedi pp. 20-21.

colonizzazione ha sempre ricercato la sua *mummificazione*, utile per biasimare gli oppressi; questi ultimi si ritrovano, dunque, in una condizione di conflitto sia con se stessi sia nei confronti degli altri oppressi. Difficile è anche il rapporto con i colonizzatori, dal momento che il sentimento di ostilità si unisce all'invidia della loro posizione. La rilevanza di tale processo inculturativo si osserva ancora oggi: a causa di esso, ogni persona è soggetta alle influenze della cultura in cui vive, compresi gli stereotipi che ne fanno parte, dovendo affrontare una situazione di divergenza quando ha a che fare con culture straniere. Questo è particolarmente vero per gli immigrati, poiché il tentativo di integrarsi con la cultura di destinazione può sfociare nel senso di colpa verso quella di appartenenza e di odio verso se stessi⁷. Secondo Fanon, la soluzione ideale consiste nell'accettazione della pari dignità di ciascuna cultura e nella compresenza di ognuna di esse e delle relative peculiarità. Nello studio della malattia mentale di un soggetto, dunque, è fondamentale, per Fanon, prendere in considerazione il contesto culturale; inoltre, egli propone un approccio definito diagnosi «situazionale». Con questo termine, egli intende la necessità di studiare il disturbo contemplando anche i contesti di vita non prettamente medici, come il disagio che provano gli immigrati, costantemente considerati sospetti, pur non essendo dei malviventi.

1.3 Georges Devereux: epistemologia dell'interdisciplinarietà⁸

Con Georges Devereux, l'etnopsichiatria diventa, finalmente, una disciplina autonoma. Essa non è una scienza astratta o lontana dal punto di vista occidentale: anche la psichiatria occidentale riproduce dei valori e struttura dei modelli di comportamento. Come ci ricorda Clifford Geertz, è impossibile sottrarsi alla finzione esercitata dalla società: ciò che ci fa apparire naturale il contesto, le strutture e i modelli in cui viviamo e *strani* quelli delle altre culture.⁹ Proprio per questo motivo, risulta complesso interpretare i disturbi

⁷ Lo psicologo belga André Ombredane ha eseguito, a questo proposito, dei test per il progetto TAT-Congo, in cui furono realizzati dei disegni in stile africano, che avevano la pretesa di essere appropriati dal punto di vista culturale, mentre riproducevano le popolazioni africane come proiezioni dello spirito occidentale, con risultati grafici esagerati e grotteschi e suscitanti sentimenti di aggressività. L'obiettivo del test era quello di catturare l'eventuale instabilità psichica dei soggetti; in particolare, Ombredane osservò come i civilizzati «a metà» mostrassero caratteristiche tipiche di una «nevrosi da cambiamento». Chiaramente, questi test erano condizionati dalla società occidentale (Ombredane era, in realtà, complice del colonialismo) e i risultati sono da considerarsi poco accurati.

⁸ Espressione di R. Bastide, 1978.

⁹ Devereux stesso definisce «proiezione retroattiva» l'influenza svolta sull'etnologo dalle ricerche etnografiche passate, costituendo un meccanismo di difesa.

psichiatrici degli *stranieri*. Ciononostante, è importante tenere presente non solo il differente contesto di provenienza, ma anche e soprattutto la soggettività dell'individuo, qualsiasi sia la cultura da cui egli proviene. Devereux, dunque, mirava all'unione di due scienze: l'Antropologia Culturale e la Psicoanalisi. Intendeva indagare il «fatto psicopatologico» in altre società e chiamava «contro-transfert» la ricerca dell'elemento di soggettività nell'osservatore, ovvero il fatto che lo psichiatra stesso influenzi inconsapevolmente i risultati di una ricerca¹⁰. Di conseguenza, per poter analizzare e curare un paziente, specialmente nel caso provenga da una cultura diversa da quella del medico, quest'ultimo deve adottare un approccio che Devereux chiama «complementarista»¹¹: analizzare prima di tutto se stesso, quindi il paziente, tenendo conto, contemporaneamente, della sua soggettività (l'«inconscio idiosincratico») e della sua appartenenza a una cultura che, come le altre, produce degli strumenti di difesa e di cura contro specifici sintomi (l'«inconscio etnico»). I disturbi idiosincratici possono essere controllati attraverso strumenti psicologici, mentre è essenziale trattare quelli etnici con mezzi culturali. Fondamentale risulta, in questo discorso, la contrapposizione tra *normale* e *anormale* (o *patologico*). In effetti, per la scienza psichiatrica, i criteri di normalità sono assoluti, ovvero non dipendono dalle singole società ma soltanto da una concezione della cultura che caratterizza tutti gli esseri umani, in quanto tali. Sfruttando l'influenza delle vicissitudini di tale Cultura, è possibile elaborare una psichiatria *meta-culturale*. Secondo Devereux, l'essere umano manipola la Cultura attraverso cinque modalità: la normalità (i materiali culturali sono aggiornati e in accordo con la realtà), l'immaturità (la Cultura è riconosciuta ma vissuta in modo anacronistico, dal punto di vista sociale e/o personale), la nevrosi (il senso dei materiali culturali, comunque riconosciuti, è deformato in funzione dei bisogni del malato), la psicosi (la Cultura è deculturata: viene vissuta in modo puramente soggettivo) e la psicopatia (il paziente non soltanto ripudia la Cultura, ma la provoca e lotta contro di essa). Lo psichiatra franco-ungherese concede molta importanza alla cultura; tuttavia, si qualifica come un *anticulturalista*, per evidenziare il fatto che non è soltanto la cultura, a suo avviso, a spiegare i comportamenti dei singoli soggetti (era contrario, essenzialmente, a un determinismo culturale meccanicistico).¹² Infatti, i soggetti con disturbi psichiatrici modificano i simboli

¹⁰ Quello che Bastide definisce come il problema della *costruzione* dell'oggetto osservato in funzione degli interessi e della personalità dell'osservatore.

¹¹ Per R. Bastide, al contrario, si trattava di «addizionalità», ovvero la somma del sapere dell'antropologia con quello della psichiatria. Devereux vi aggiunge l'analisi del rapporto tra le due scienze.

¹² Devereux affermava che la cultura condizionasse gli individui soltanto dopo il raggiungimento della fase edipica, criticando le «Personalità di base» della Scuola di Cultura e Personalità (corrente di pensiero

culturali e li modellano in relazione ai propri conflitti privati. Per lo studioso, è fondamentale riconoscere l'impossibilità di un'oggettività assoluta; inoltre, nel tentativo di adottare una «neutralità culturale» (che equivale all'assenza di contro-transfert), è importante evitare di annullare e, al tempo stesso, di esacerbare le differenze con altre culture.¹³ Devereux riprende l'analisi di Gregory Bateson (riguardante la schizofrenia), per mostrarsi d'accordo con l'antropologo britannico sulla necessità di riconoscere il carattere *etnico* della cura (ritiene impossibile eseguire una cura psichiatrica adeguata ai disturbi con carattere etnico quando ci si conformi ai valori dominanti). A partire dal concetto di *deculturazione* della follia¹⁴ di Devereux, Ernesto de Martino pone la cultura in opposizione alla malattia mentale, in quanto considera la prima in grado di combattere la «disgregazione psicopatologica» propria dei disturbi mentali. Questo discorso vale per ogni cultura, a patto che essa riesca ad elevarsi al di sopra della natura nel tentativo di unificare piuttosto che di isolare. Egli sospende anche lo storico giudizio tra normalità e anormalità, dichiarando che esso dipende dalla storia culturale del soggetto considerato. Cultura e malattia sono in opposizione, ma allo stesso tempo si influenzano a vicenda: ogni individuo, infatti, si ammala nel contesto della cultura di cui fa parte.

1.4 Le psicoterapie non verbali e la somatosomatica: Henri Collomb

Nei suoi studi sulla follia, Collomb distingue in modo marcato la psicoterapia occidentale dalle altre, definendo queste ultime *psicoterapie non verbali*. La principale differenza che lo psichiatra nota è quella data dalla dicotomia isolamento – socializzazione. L'isolamento caratterizza il mondo dell'Occidente, e in particolar modo i disturbi psicologici che ivi nascono: il malato mentale è considerato colpevole della propria malattia (tanto da se stesso quanto dagli altri). Al contrario, nelle società primitive – nel caso dei guaritori africani, ad esempio – la cura dal disturbo mentale passa proprio attraverso la socializzazione: l'intera famiglia del malato cerca aiuto, i riti terapeutici sono collettivi o quanto meno pubblici, il malato può continuare a far parte della vita sociale e questo gli facilita la guarigione. Dal tentativo di unificare il sapere degli psichiatri con quello dei

antropologico nata negli anni '30 negli USA, interessatasi all'influenza delle culture sulla personalità degli individui, in particolare durante l'infanzia).

¹³ Sono, appunto, le differenze di minor conto tra persone altrimenti simili a formare la base per lo sviluppo di sentimenti di stranezza e ostilità (S. Freud, *Il Narcisismo delle piccole differenze*, 1917).

¹⁴ Secondo Devereux, la follia è un'esperienza di deculturazione poiché il soggetto malato regredisce a uno stato semplice, anteriore alla costituzione di un universo di significati culturali. Questo processo risulta, dunque, comune a tutte le civiltà.

guaritori, attraverso la costituzione di villaggi terapeutici, era risultata la consapevolezza della disparità tra i due saperi: non necessariamente a livello di conoscenze, piuttosto a livello strutturale. Gli psichiatri abusavano della propria posizione e prendevano ogni decisione, senza possibilità di comunicazione tra le parti. L'approccio transculturale della psichiatria si pone l'obiettivo di superare questa incomunicabilità, rompere le barriere dell'incomprensione e avvicinare le differenti tecniche terapeutiche che si sono costituite nel corso del tempo, non soltanto per un'analisi comparativa bensì per raggiungere il massimo grado di efficacia curativa. Le psicoterapie non verbali a cui si riferisce Collomb fanno parte non della sfera magica (di cui si parlerà alla fine del presente capitolo), quanto piuttosto della sfera spirituale: i rituali musicali in cui tutto il gruppo danza insieme, formando un unico corpo, sono alla base della lotta contro la solitudine (e l'isolamento «occidentale»). Esse sono, appunto, non verbali perché basate sul corpo e sul movimento: danza, ma anche massaggi e lavaggi, caratterizzati da una forte componente religiosa. Il rapporto tra l'individualità e il gruppo, in società di questo tipo, è inscindibile e trova persino nella morte del singolo una giustificazione relativa al gruppo: un desiderio nascosto dai membri – in alternativa, può trattarsi dell'opera di spiriti, antenati o stregoni. Questo legame costituisce la *sociosomatica* di Collomb, che si riflette nel conseguente rapporto tra psicoanalisi ed etnologia e che riconosce la molteplicità e varietà delle culture, tentando di fornire un approccio critico alla lettura delle categorie diagnostiche e nosologiche. La rielaborazione di specifici eventi da parte di un gruppo costituisce, invece, una forma di diagnosi comunitaria che Andras Zempléni chiama *esegesi collettiva*. In effetti, in tali società, ogni evento è attribuibile all'intero gruppo; non esistono cause interne al soggetto per ciò che accade, e dunque neppure per il disturbo psichiatrico dell'individuo: egli non ne è responsabile poiché il dolore che prova (il sintomo) è un simbolo che descrive un obbligo o il risultato di un evento grupppale.¹⁵

1.5 L'approccio meta-etnico di Piero Coppo

La novità e il pregio dell'etnopsichiatria possono essere identificati, secondo Piero Coppo, nella sua capacità di farci scorgere ciò che caratterizza la nostra stessa cultura, non solamente le culture *altre*. È proprio in questo lavoro di autoanalisi e autocritica che si fonda la conoscenza da lui definita «meta-etnica». Tale conoscenza presuppone una concezione di

¹⁵ L'attribuzione della malattia a cause esterne è ripresa più avanti nel capitolo, si vedano le pp. 33-34.

cultura dalla natura duplice: da un lato, la cultura è da considerarsi una dimensione prettamente ambientale, che trascende l'individualità del singolo appartenente ad essa; dall'altro lato, tuttavia, essa risulta precisamente nella costituzione del bene e del male nella propria sfera individuale, e cioè nella costituzione dell'identità. L'essenziale *invisibilità* della cultura si ritrova, inoltre, nelle configurazioni studiate dalla psichiatria, che pure dovrebbe evitare la naturalizzazione scientifica e la gerarchizzazione dei valori, per riconoscere, al contrario, l'importanza delle differenze, tutte poste sullo stesso piano, ovvero tutte «ugualmente differenti». Se la psichiatria deve avvalorare e non sminuire le differenze tra culture, ne deriva un approccio a sua volta diversificato in funzione non solo del contesto storico/ambientale del paziente, ma anche del singolo vissuto emotivo ed esperienziale. Tale auspicabile situazione è, per Coppo, ancora soltanto utopistica e prende il nome di «pluralismo terapeutico». Come si vedrà più avanti, una delle difficoltà che un mediatore può trovarsi di fronte, quando alle prese con una relazione transculturale, consiste appunto nella diversità di concettualizzazione stessa di specifiche categorie di riferimento (l'esempio di Coppo tratta il concetto di «psiche»). Allo stesso modo, è importante considerare le differenze nella strutturazione della società (si veda il caso della dimensione grupale in alcune civiltà, come in molte tribù africane): questo potrebbe definire la sfera causale; sul piano terapeutico, inoltre, risulta essenziale l'adeguamento del tentativo di cura al sistema di preconcetti del paziente, anche nell'eventualità di non condivisione.¹⁶ Ciò vuole anche dire abbandonare i pregiudizi sulle tecniche *alternative* di guarigione: magia, stregoneria, sciamanismo sono terapie allo stesso livello della psicoterapia occidentale, dal momento che risultano funzionanti dai punti di vista terapeutico, formativo ed educativo, seppur non definibili strettamente scientifiche. Anch'esse, infatti, agiscono sull'immateriale e attivano processi che innescano trasformazioni durature nel paziente, nell'ambiente in cui vive o nelle relazioni che intraprende. Alla luce di ciò, secondo Coppo l'unico modo per agire in senso

¹⁶ L'antropologo Roberto Beneduce racconta, nel libro *Etnopsichiatria*, della sua esperienza con un giovane nigeriano al quale era negata la richiesta di asilo in Italia. Giunto nel centro di accoglienza, il ragazzo è confuso e spaventato: parla di spiriti che vogliono ucciderlo, non dorme da giorni ed è vittima di allucinazioni. L'unico metodo di intervento che risulta efficace è quello di porsi sullo stesso livello, in modo da rompere le barriere culturali. Beneduce mostra di credere alla presenza degli spiriti che minacciano il ragazzo; lo aiuta a calmarsi nella maniera che egli predilige e così, lo conduce alla fiducia. Dopo aver strappato il foglio sul quale il giovane aveva precedentemente scritto i demoni che lo angosciavano, l'antropologo lo «battezza» con dell'acqua sulla testa. E così, avviene la guarigione. Questo caso è emblematico: senza bisogno di alcuno psicofarmaco e senza tecniche di cura occidentali, il paziente è guarito da un'angoscia tutta culturale (che si scoprirà derivante dal venir meno all'impegno comunitario proprio della sua società).

concretamente transculturale è svolgere una triplice funzione: di acculturazione, di collegamento e di costituzione di un «setting multiplo».¹⁷

1.6 Albert Memmi: l'«amnesia culturale» e i «valori rifugio» dei colonizzati

L'atteggiamento riscontrabile in molti immigrati odierni può essere valutato sotto una luce nuova, considerando le teorie di Albert Memmi. Egli torna ai tempi del colonialismo e si concentra sulla situazione vissuta dai colonizzati. Secondo lo scrittore tunisino, essi perdono ogni parte della propria libertà, finendo per essere posti *fuori dalla Storia e fuori dalla città*: «condannati a perdere progressivamente la memoria» (*amnesia culturale*). Con questo, l'autore intende una condizione di impotenza, che li conduce a rintanarsi nei cosiddetti «valori rifugio», ovvero soprattutto la religione e la famiglia. Quest'ultima, però, contribuirà anche alla stazionarietà di tale situazione, poiché il colonizzato ne sarà assorbito in un circolo vizioso. Per quanto il concetto di valore rifugio possa sembrare interconnesso a pigrizia e mancanza di coraggio, a un esame più attento si nota il sentimento di speranza che ne trapela, che dimostra essa stessa coraggio: quello necessario per non arrendersi allo sconforto. Non si tratta, quindi, di una paralisi, bensì di una «mutilazione sociale e storica». Con amnesia culturale si intende l'assenza di forme culturali disponibili in una società, il che provoca l'oblio collettivo (un determinato evento pubblico non viene più ricordato). Essa rappresenta un caso limite, un «oblio perfetto e completo»¹⁸. Riferendosi al concetto di amnesia culturale, Memmi associa i bambini vittime di colonizzazione ai bambini immigrati in Occidente: entrambi non riescono a definire la propria appartenenza a questa o quella cultura, alle volte provano un senso di colpa, altre rabbia, disillusione, vergogna o anche semplicemente molta confusione.¹⁹ Commentando lo studio di Memmi, Sartre afferma una cruda verità: non ci sono colonizzatori buoni o cattivi; ogni colonizzatore ha bisogno di screditare il colonizzato perché è soltanto in questo modo

¹⁷ Le tre funzioni di Coppo sono approfondite nella seconda parte del capitolo 3: «Oltre la lingua: lo sviluppo dell'empatia».

¹⁸ Parole della Dott.ssa Silvia Badon.

¹⁹ Basti pensare alla questione del linguaggio: non solo a livello lessicale; la struttura stessa di una lingua può suscitare dubbi. L'antropologa linguistica Shirley Brice Heat racconta la sua esperienza in una scuola del Trackton: i docenti (bianchi) sono abituati a rivolgere agli studenti interrogativi sotto forma di domande retoriche o analitiche. Tuttavia, gli studenti neri non sono abituati a questo tipo di interrogativi: affermazioni, espressioni imperative o, al limite, domande analogiche. Ne risulta una scarsa partecipazione in classe da parte di questi studenti, non dovuta a pigrizia o a un minor livello cognitivo, bensì causata da una differenza sostanziale nel formato linguistico.

che egli riesce ad accreditare se stesso ²⁰. Dalle parole del filosofo francese e dall'associazione tra colonizzati e immigrati, non può che risultare la carenza di umanità tanto del colonizzatore, quanto di chi si oppone al fenomeno migratorio.

1.7 Considerazioni conclusive: Evans-Pritchard e Bastide

Gli studiosi discussi finora ci aiutano a comprendere meglio tanto le origini quanto gli sviluppi della relativamente nuova (per dire più correttamente: recentemente riscoperta) disciplina della etnopsichiatria: il forte interesse di Kraepelin per la comparazione dei disturbi; il relativismo culturale di Fanon e l'annessa necessità di allargare gli orizzonti della psichiatria occidentale; l'approccio complementarista di Devereux (sia tra materie di studio sia tra inconscio idiosincratico e inconscio etnico) fino a costituire una psichiatria meta-culturale; la messa in discussione delle categorie diagnostiche approvate e il tentativo di includerne altre non convenzionali, da parte di Collomb; l'esaltazione delle differenze che contengono in sé lo stesso elemento di diversità, secondo Coppo, tanto che tutte diventano parimenti efficaci e il pluralismo di tecniche terapeutiche diviene la scelta più felice; infine, l'importanza del contesto nella costituzione di disturbi psicologici da parte di Memmi, riscontrabile a partire dal colonialismo di altri autori fino al fenomeno migratorio odierno. Si tratta, in verità, di un gruppo ristretto di esperti rispetto alla vasta ricerca e letteratura a riguardo. Eppure, già da questo breve excursus nella psicoterapia transculturale, è possibile osservare un terreno comune: la rilevanza prorompente dell'aspetto culturale nel «fatto psicopatologico» ²¹.

Secondo Edward Evan Evans-Pritchard, il ricercatore ha il dovere di considerare, durante la sua ricerca, tutte le variabili che possano avere un impatto sui dati raccolti, incluse le esperienze passate del ricercatore stesso, nonché il contesto sociale in cui si sviluppa l'esperienza studiata.²² Analizzando la tribù africana degli Azande, in effetti, egli ritrova nella magia stessa, che caratterizza la cultura di questo popolo, degli elementi tipicamente occidentali, nel senso positivistico di “razionali” (ad esempio, la capacità di mantenere specifici aspetti che costituiscono la sua identità come *quel* popolo e come nessun altro, tanto

²⁰ Nella prefazione de *Ritratto del colonizzato e del colonizzatore* di Memmi, Sartre aggiunge: «La sventura di un popolo si trasformerà nel suo coraggio; esso farà dell'infinito rifiuto da parte del colonialismo, l'assoluto rifiuto della colonizzazione» (la traduzione è mia).

²¹ Per dirlo con le parole di Devereux.

²² Lo studioso tratta questo concetto nello studio sulla stregoneria nel popolo degli Azande, riferendosi alla «proiezione negoziata» per definire la ricerca del consenso dal corpo sociale a quello individuale (dello stregone).

che le sue caratteristiche possono essere studiate nell'ambito di *quel* popolo), nonostante la principale differenza nello sviluppo del pensiero (astratto per società primitive e collettivo per società civilizzate); se si trova ingenua la credenza nella magia, basti pensare alle categorie di fortuna e sfortuna, tipiche del mondo occidentale, come pure all'invenzione religiosa.

Roger Bastide riconosce nella follia un sentimento di protesta e disagio nei confronti dell'ordine sociale, tanto in Occidente quanto nelle società (da noi) culturalmente lontane. Poiché ciò accade indipendentemente dalla cultura considerata, si rende allora utile adottare una «etnografia politica della sofferenza»²³. Con questo termine, si intende prendere in esame tutte le possibili terapie, sviluppatesi in contesti differenti, ma anche le istituzioni culturali presenti nelle varie società. È proprio nella carenza di un approccio culturalmente contestualizzato che Bastide nota uno dei più grandi errori del metodo occidentale: la tendenza ad associare determinati disturbi mentali a specifici sintomi unicamente occidentali, senza considerare la possibilità che tali disturbi possano manifestarsi diversamente in altre culture. Bastide va ancora oltre: a parere del sociologo francese, il punto focale a cui occorre fare attenzione è il singolo individuo²⁴, il quale reagisce soltanto con altri individui e non con le culture. Di conseguenza, persino la cultura appare troppo vaga: la malattia mentale va analizzata ancora più nel dettaglio e in profondità, considerando il contesto culturale ma anche, e soprattutto, l'essenza della specifica persona. Ad esempio, nel caso della persona africana e in generale nelle società tradizionali, egli parla di «due antiprincipi di individuazione» ovvero la rilevanza, contemporaneamente spaziale e temporale, del proprio ambiente e del proprio passato. Al contrario, nel caso degli immigrati, va sempre considerato un certo grado di *manque à être* o *vuoto culturale*, fatto essenzialmente di nostalgia e frustrazione; mentre nello specifico degli emigrati tornati nei paesi di origine, si osserva l'ostentazione del traguardo raggiunto, che nasconde, tuttavia, una rinnovata diffidenza, stavolta non verso un'altra cultura bensì la propria. Nelle sue analisi, Bastide dimostra un acceso coinvolgimento nei confronti delle culture miste, delle società contaminate dall'incontro, evitando di svolgere le sue ricerche nei luoghi chiusi a gruppi ristretti o senza varietà culturale interna. Egli, in effetti, conia il termine «interpenetrazione», per evidenziare l'incrocio tra culture diverse e la relazione reciproca tra dominati e dominatori, in un processo di acculturazione a doppio senso. Procedo, poi, a una classificazione dei fenomeni di tale acculturazione, suddividendoli in dodici differenti situazioni – in base a tre criteri:

²³ Espressione di Frantz Fanon.

²⁴ Lo scrive nell'Introduzione ai *Saggi di etnopsichiatria generale*, di Devereux.

generale (acculturazione spontanea, forzata o pianificata), culturale, sociale (permeabilità). Sia il concetto di marginalità culturale, sia il processo di destrutturazione sociale rappresentano, per Bastide, fenomeni positivi: il primo in grado di produrre individui creativi e dotati di spirito di adattamento, il secondo perché permette una ricostruzione culturale. Da qui, egli propone il «principio di dissociazione», che indica quegli individui che vivono all'interno di società pluriculturali, riuscendo a conciliare i vari microcosmi che ne fanno parte. Sarebbe auspicabile, dunque, che così come questi individui, anche l'antropologia e la psichiatria assumessero un atteggiamento di apertura rispetto alle altre società, superando l'ingenuità riscontrabile da sempre nei complessi occidentali di superiorità e contribuendo a un felice incontro tra culture diverse (intendendo per «cultura» anche l'insieme dei conflitti morali, economici e le violenze subite nella quotidianità).

Thomas Adeove Lambo propone, infine, l'idea di un «sincretismo metodologico». Egli vuole intrecciare i saperi psichiatrici (e le relative terapie) dell'Occidente con quelli delle società tradizionali, nel tentativo di sfruttare la familiarità delle tecniche di cura, le quali possano adattarsi a ciascuna cultura e, più in profondità, a ciascun individuo. In questa riscoperta delle tradizioni locali, Lambo trova l'unica via per il successo terapeutico.

2. Lo stato depressivo

2.1 La depressione in Occidente

Una delle principali patologie psichiatriche, altamente diffusa nel mondo, consiste nel «disturbo depressivo maggiore». Anche definita «disturbo dell'umore», questa malattia è caratterizzata da un'assenza di attenzione e di interesse in ciò che si fa, dal sentimento di malinconia e da una autostima quasi nulla²⁵. La qualità della vita degli individui depressi è, indiscutibilmente, compromessa, sia dal punto di vista delle relazioni sociali, sia per quanto riguarda la capacità emotiva di svolgere attività di qualsiasi tipo. Non vi sono, al giorno d'oggi, dei test che evidenzino la presenza o meno di tale disturbo; esistono, tuttavia, numerose terapie che comprendono la somministrazione di psicofarmaci e/o il trattamento

²⁵ I sintomi specifici del disturbo depressivo maggiore sono trattati approfonditamente nel prossimo capitolo, nella sezione relativa al DSM-5.

psicoterapeutico.

Il termine fu utilizzato a partire dal 1500, nonostante lo stesso significato fosse già presente nella *melanconia* di Ippocrate, il quale, finalmente, diresse l'interesse della medicina verso i «mali dell'anima». Secondo Ippocrate, la sede di tale malattia era da attribuire al cervello, che veniva malridotto dalla «bile nera» (da cui il termine). Successivamente, Aristotele accostò tale concetto a quello di creatività e Areteo di Cappadocia a quello di eccitamento euforico (il moderno *disturbo bipolare*), ma è soltanto il già citato Kraepelin ad associare la melanconia con la depressione (con il definitivo superamento della concezione magica e peccaminosa delle malattie mentali, tipica del Medioevo). Kraepelin ha il merito di aver schematizzato i vari disturbi dell'umore all'interno della diagnosi di «malattia maniaco-depressiva». Occorrerà, tuttavia, attendere gli anni '80 perché vengano riconosciute le basi biologiche della depressione, ovvero la correlazione che sussiste tra la malattia (pur sempre psichica) e una predisposizione genetica, dovuta a fattori ormonali e ai neurotrasmettitori del cervello.

Nel frattempo, Sigmund Freud studia il disturbo depressivo dal punto di vista strettamente psicoanalitico, affermando che le ragioni alla base di tale patologia siano da ricercare nella perdita di un amore, in traumi infantili, nella «introiezione di sentimenti negativi irrisolti», o, più in generale, in un sentimento di lutto. Il padre della psicoanalisi, dunque, associa la melanconia stessa al lutto, così la perdita di un *oggetto* si trasforma nella perdita di un *soggetto*. Una privazione di questo tipo sarebbe ancora più complessa rispetto al regolare lutto, in quanto il malato rigetta su di sé i motivi stessi della perdita, assumendone la colpa e finendo per sentirsi spregevole. La differenza sta nel fatto che una tale perdita provoca non soltanto una visione del mondo come impoverito, ma è l'Io stesso a risultare compromesso, quello stesso Io che è il soggetto perdente e, contemporaneamente, diventa l'oggetto perduto (da qui l'identificazione *narcisistica*). La scissione dell'Io che ne risulta provoca l'auto-aggressività e la vittimizzazione tipica dei soggetti depressi. Nel disturbo depressivo, dunque, vi è un lutto ma non una sua elaborazione. La normale lavorazione psichica del lutto appare distorta: il problema del paziente depresso è che egli non comprende quale sia l'oggetto del suo lutto, che rimane inconsapevole, ovvero a un livello di coscienza inferiore, tanto che la scissione dell'Io avviene in maniera verticale: una sorta di moralità interiore giudica, dall'alto, una seconda parte del sé che appare, piuttosto, regredita (la regressione della libido dall'oggetto perduto all'interno del sé – piuttosto che il suo spostamento su un altro oggetto – provoca l'instaurarsi di quella identificazione narcisistica che comporta, a sua volta, la perdita dell'Io). Ecco, dunque, i tre presupposti della melanconia secondo Freud: la perdita

dell'oggetto, l'ambivalenza e la regressione della libido). Questo genera un profondo conflitto interiore. Diventa forte l'impulso all'auto-accusa, mentre ciò che manca è il senso della vergogna: al contrario, gli individui depressi mostrano un costante bisogno di comunicare della propria condizione, e nel fare questo risultano lucidi ed accurati. Questo è dovuto al fatto che, nella loro protesta, pur indicando se stessi come destinatari della «lagnanza», essi si rivoltino, in realtà, contro qualcosa di esterno. La melanconia è, infatti, preceduta dal sentimento di rivolta. I soggetti depressi, successivamente, si considerano inferiori, tanto da privarsi involontariamente del sonno e del nutrimento, dunque della vita.

Il complesso d'inferiorità che caratterizza la depressione è un argomento ripreso e discusso, in seguito, da un altro psichiatra austriaco: Alfred Adler. Egli concentra la propria ricerca sui concetti di inferiorità e superiorità e sull'annesso impulso naturale dell'uomo a raggiungere la perfezione: si chiede come sia possibile vivere tale impulso riconoscendo, al tempo stesso, la condizione di bassezza e limitatezza della materia (e quindi del nostro corpo). La natura umana risulta, dunque, duplice, e tale risulta anche l'inferiorità che la contraddistingue: Adler parla di «inferiorità d'organo» e di «inferiorità dell'organico». A parer suo, ogni essere umano ha un punto di minima resistenza fisica, in grado di plasmare la sua salute mentale. L'eventuale anomalia nella parte relativa all'organo genera una specificità dell'esercizio psichico (la sua corrispondenza più celebre è quella orecchio-musica). Secondo la critica del tempo, tuttavia, la tesi di Adler non tiene in considerazione l'incompletezza degli organi e il micro-livello che li caratterizza. Ciononostante, la rilevanza del contributo di Adler sta nella sua «convinzione che tutta la nostra vita psicologica prenda le mosse da un senso di debolezza organica»²⁶ e nel fatto che la ragione alla base delle nostre azioni sia da ricercare, appunto, nell'inferiorità che, in quanto noi naturalmente deboli, ci guida. Per Adler, l'organo inferiore costituisce una ricchissima fonte di materiale utilizzabile da fondamento per il comportamento psichico; l'importante è comprendere il suo linguaggio. È qui che l'inferiorità assume una connotazione tutta positiva: da essa scaturisce la natura umana e la vita della sua anima, che rappresenta il nostro punto di resistenza minore. Adler stesso afferma: «Psiche è nome appropriato per il potenziale di vita di una creatura inferiore». La questione è, dunque, lo spostamento dell'inconscio verso l'anima nel momento di minor difese: la tendenza dell'essere umano razionale è quella di evitare o nascondere le proprie insicurezze; tuttavia, questo porterebbe a una maggiore consapevolezza spirituale (è, forse,

²⁶ Hillman, J., *Le storie che curano. Freud, Jung, Adler*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1984, p.131. Hillman chiama questo argomento della teoria di Adler l'«aspetto *psicologicamente immaginativo*».

questo il motivo per cui durante la depressione si sviluppano abilità creative nuove e straordinarie?²⁷). La soluzione, secondo Adler, sta nella figura dell'*Ermafrodito*, che unisce le due componenti – quella femminile (percepita come debolezza o inferiorità) e quella maschile (l'*aspirazione ad emergere* o *protesta virile*) – della persona archetipica e nella consapevolezza che il sentimento di inferiorità derivi, infine, dal fatto che l'aspirazione dello spirito supera le potenzialità dell'anima. Il concetto di superiorità si unisce, in Adler, a quello di solidarietà: la vera perfezione, quella dell'uomo di genio, è al servizio del *Gemeinschaftsgefühl*, ovvero del sentimento comunitario. Egli distingue, pure, due tipi di complessi di inferiorità: quello primario (nel caso di bambini) e quello secondario (per gli adulti). Nel secondo tipo, si sviluppano dei sentimenti di incapacità e di insicurezza nel raggiungere gli obiettivi prefissati, da cui risulta un subentro del subconscio e, dunque, la possibilità di suscitare disturbi depressivi. Adler condivide con Carl Gustav Jung la rilevanza concessa all'idea di individualità e coscienza collettiva, a quella di affinità e compensazione. In più, anche Jung fa riferimento al concetto di depressione: egli la definisce «una signora vestita di nero che bisogna far sedere alla propria tavola ed ascoltare». Secondo Jung, la depressione contiene in sé un desiderio celato di compensazione; soltanto comprendendo il contenuto di tale desiderio è possibile guarire, poiché è così che il disturbo ha raggiunto la sua piena efficacia. In effetti, Jung sostiene la positività di tale patologia, in quanto capace di farci scorgere la nostra natura più vera e di curare, piuttosto che essere curata. In questo contesto è importante, per il soggetto depresso, analizzare i propri sogni perché in grado di rivelare un'altra immagine del sé. I concetti che Jung utilizza per spiegare la depressione si rifanno alla sua teoria della libido (quest'ultima si esprime solo attraverso simboli, che servono da mediatori tra la parte conscia e quella inconscia dell'uomo): attraverso l'introversione, i contenuti inconsci diventano consci, tuttavia essa esaurisce l'energia psichica dell'ego; da tale esperienza di trasformazione risulta lo stato psichico della depressione.

L'ultimo contributo che prenderò qui in considerazione è quello di James Hillman. Un po'

²⁷ Freud stesso sosteneva l'esistenza di pulsioni di soddisfarsi nell'ambito dell'arte: pulsioni di grado più elevato rispetto a quelle sessuali, eppure con simile appagamento. Definiva questo fenomeno «sublimazione». Anche la psicoanalista Melanie Klein associa la creatività alla depressione, vedendo nella prima la tendenza a ricostruire gli oggetti d'amore perduti, direttamente dalla propria interiorità; sarebbe proprio questo bisogno riparatore a costituire le basi del processo creativo: l'artista non tenta di fuggire dal proprio sentimento di angoscia, bensì di trasformarlo. La depressione vera e propria sta nel fallimento di tale riparazione. Secondo la Klein, l'individuo depresso è regredito a uno stadio di sviluppo che si ha nella seconda metà del primo anno di vita, perché l'aggressività del suo Es minaccia l'Io.

Si dovrà attendere, tuttavia, la psicologa Margaret Naumburg e la pittrice Edith Kramer per la nascita dell'arteterapia.

come per Adler e il suo *Gemeinschaftsgefühl*, anche per Hillman l'ambiente sociale nel quale l'essere umano vive è di notevole rilievo: egli si riferisce all'inseparabilità tra psicopatologia dell'individuo e psicopatologia del mondo con il concetto di «anima mundi», ovvero l'anima del mondo. Così facendo, lo studioso conferisce realtà psichica al mondo, in quanto l'individuo che soffre dal punto di vista psichico è, come gli altri, senz'altro inserito in un contesto ambientale, per cui la sua sofferenza si ritrova nella sofferenza del mondo intero riflesso nella sua interiorità: il mondo di cui parla, cioè, è quello plasmato dalla psiche del soggetto, la quale *contiene in sé il mondo*. I fattori esterni sono relativamente importanti, poiché non costituiscono fattori psichici. Secondo Hillman, il problema della società attuale consiste nella rimozione dell'anima del mondo, da cui derivano un crollo e una depressione riguardanti sia l'uomo sia il sistema pubblico. Per risolvere la questione, occorre permettere al mondo di partecipare alla realtà psichica, ovvero ospitare, nella mente, anche il proprio pensiero relativo alle modalità con cui il mondo plasma la nostra stessa soggettività. Tenendo a mente l'apporto di questi esperti, è possibile concludere il discorso sulla nascita e sullo sviluppo del disturbo depressivo in Occidente negando l'attuale e tanto di moda diceria che la vede come «il male del nostro secolo»; la melanconia o depressione è una malattia comune tra i popoli sin dall'antichità, vista alternativamente di buon occhio oppure in senso negativo, con la prima opzione diffusasi maggiormente in tempi più recenti, seppure già Aristotele aveva affermato che «la malinconia è condivisa da tutti gli uomini di genio». Importante il riferimento alla collettività: condizione necessaria, secondo alcuni – come Adler e Hillman – per superare il complesso d'inferiorità che porterebbe alla depressione. È in questo senso che la concezione occidentale del disturbo depressivo si avvicina alla visione e alle terapie di guarigione tipiche delle società tradizionali (vedi paragrafo seguente).

2.2 Il confronto con le culture primitive

Quando si ragiona sul disturbo depressivo nell'ambito delle società tradizionali, e in particolare di quella africana, non si può fare a meno di citare quella che Beneduce definisce la «black depression»: si tratta della credenza, comune tra gli psichiatri, dell'assenza (o quasi) della depressione nel continente nero. Come suggerito da Collomb, sappiamo, infatti, che per lungo tempo gli studiosi hanno attribuito alla diversità nello sviluppo della malattia mentale non solo cause culturali, ma anche linguistiche e addirittura razziali. In effetti, tale diversità fu associata al puerilismo dell'uomo africano, la cui scarsa autoconsapevolezza lo

“protegeva” dall’instaurarsi di un disturbo, quale quello depressivo, fortemente influenzato dalla centralità della coscienza di sé e dal senso di colpa, tipico del delirio individualistico dell’Occidente. La questione del senso di colpa viene analizzata anche da Durkheim, il quale distingue i due tipi di società suddetti mediante una dicotomia pungente: egli definisce le culture individualistiche occidentali come «società della colpa» e quelle primitive (tra cui le africane) come «società della vergogna». Con questa bipartizione, egli discrimina la rilevanza dell’onore e le manie di persecuzione tipiche delle società primitive, le quali lasciano il posto alla competizione e al complesso d’inferiorità²⁸ nelle società occidentali, che rappresentano, appunto, quelle con una diffusione di gran lunga maggiore del disturbo depressivo. In aggiunta, nell’analisi della depressione in diversi contesti, anche Kraepelin osserva una tendenza al delirio e una scarsa diffusione della depressione all’interno di culture primitive (in particolare, nei giavanesi); la sua tesi consiste nel fatto che gli individui di tali società siano in effetti poco propensi alla concezione del peccato²⁹: essi non possono deprimersi perché sono cognitivamente inferiori. La diversità razziale raggiunge il culmine, probabilmente, con Wallace Carothers, il quale aggiunge una componente strutturale della diversità, ovvero una differente composizione cerebrale: secondo Carothers, la corteccia frontale dell’uomo africano risultava più sottile di quella dell’uomo europeo, e questo era riscontrabile nella scarsa rilevanza attribuita, a suo parere, alla scrittura e all’esperienza visiva nelle società primitive. A causa della struttura del cervello di tali popolazioni, essi non sono in grado di esercitare un ragionamento di tipo logico-astratto³⁰, tanto che l’unica via per fuggire all’ansia diventa quella di concedersi alla magia e, se neppure la magia funziona, si passa inesorabilmente alla violenza; ad analoghe conclusioni era giunto anche lo psichiatra francese Antoine Porot. In alcune parti del mondo, inoltre, non è neppure presente un termine che indichi la depressione stessa: il piano linguistico può costituire un’ulteriore “protezione”. Non bisogna dimenticare, poi, la questione della collettività: come già si è detto in precedenza, la socializzazione tipica delle culture primitive pone le fondamenta per una barriera difensiva contro la depressione. Questi argomenti, tuttavia, non sono sufficienti per stabilire un’effettiva carenza di depressione nelle società primitive: gli studiosi appena citati, oltre a non prescindere dalle teorie e dalle tecniche della psichiatria occidentale, non prendono in considerazione la reale situazione dei *colonizzati* che si trovano davanti: le

²⁸ Vedi anche A. Adler.

²⁹ Qui ritroviamo la tesi dell’uomo di genio di Aristotele: soltanto gli uomini che riescono a concepire la finitudine dell’esistenza sono in grado di provare il sentimento di melanconia, che è alla base della depressione.

³⁰ In questo, Carothers manca di empatia e di umanità: ciò è dovuto, a parere dello psichiatra africano Ilechukwu, alla sua «identità di colono».

azioni di questi popoli sono, anche e soprattutto, delle *reazioni*. A questo proposito, Vaughan trova spiegazione alla follia dell'africano anzitutto quando il soggetto è *patologizzato* dalla deculturazione dovuta all'incontro forzato con una società più moderna: ne esce stressato, vulnerabile e più incline a conflitti psicologici. Il contributo di Collomb è comunque fondamentale, data la sua comprensione di quanto le dinamiche storiche modificano il modo in cui la psiche di un individuo reagisce a ciò che gli accade. La capacità di guarire, poi, è da mettere anche in relazione con il tipo di cura: Ibrahima Sow si riferisce al concetto di «simbolismo collettivo» per dimostrare l'efficacia delle terapie africane, aventi un modo tutto loro per affrontare il male (il guaritore, così come tutta la comunità, si adopera affinché il caos termini e l'ordine venga ripristinato). Sow si concentra molto sul tentativo di dimostrare l'importanza dello studio del contesto nella comprensione di un determinato fenomeno (nel caso specifico, dei fenomeni religiosi); cerca, quindi, di ricondurre alla cultura di appartenenza e al conseguente sviluppo della personalità del soggetto all'interno della stessa le cause del suo comportamento. Anche Adler utilizza il concetto di comunità, che rappresenta il campo di guarigione tipico delle culture primitive e la strada per ritrovare il senso della propria essenza: ritroviamo, qui, un'analogia con la psicoterapia occidentale, ovvero l'importanza del dialogo, della comunicazione, affinché le inquietudini vengano sciolte, sebbene in questo caso si preferisca la divulgazione collettiva.

2.3 Il suicidio

Numerosi studi hanno dimostrato la correlazione tra fattori sociali ed economici (oltre ai già evidenti fattori culturali) e l'insorgenza di disturbi psicologici, quali la depressione, e il conseguente pensiero suicidario (*vedi Tabella 1*). Già Durkheim aveva analizzato il rapporto tra depressione e fede religiosa (la cui effettiva interdipendenza, secondo altre analisi, non risulta affatto convincente); quello che è innegabile, nella riflessione di Durkheim, è che una mancanza di integrazione sociale generi tendenze suicidarie³¹, ed è proprio in funzione di questa che si modella l'aspetto religioso. Riprendendo le idee di Durkheim e la sua classificazione del suicidio in quattro tipi principali, Bastide ne amplia il discorso associando a ciascuno di questi tipi una caratterizzazione del relativo disturbo mentale.³² I tipi di suicidio delineati da Durkheim sono:

³¹ Vedi la sindrome hikikomori, a pag. 39.

³² Da R. Beneduce, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, p. 339.

1. suicidio altruista, diffuso nelle società tradizionali;
2. suicidio egoista, tipico delle società capitalistiche contemporanee;
3. suicidio per fuga (dal padrone), con un meccanismo a catena tipico delle società coloniali e schiaviste;
4. suicidio per competizione, comune nelle società urbane moderne.

Il disturbo mentale che Bastide associa al suicidio altruista è caratterizzato da un eccesso di integrazione, con una forte connotazione religiosa; nel caso del suicidio egoista, al contrario, si ha un difetto di integrazione, causa ed effetto di un eccesso di individualismo. Il disturbo che conduce al suicidio per fuga è contraddistinto, invece, da una forte gerarchizzazione razziale; infine, la paranoia e il masochismo sono le caratteristiche principali del disturbo connesso al suicidio competitivo, a causa del contrasto tra l'ambizione e la disillusione. Collomb aveva, poi, osservato la rarità del suicidio nelle società tradizionali, per la connessa rarità del sentimento di colpa, a sua volta causata dalla tendenza ad attribuire ogni disagio a ragioni esterne all'individuo singolo. Nei villaggi terapeutici, le malattie mentali non vengono associate alla psiche del soggetto malato, alla sua interiorità o al suo passato; sebbene possano dipendere da problemi familiari o sociali, esse non dipendono tuttavia dal singolo individuo, il che giustifica la terapia collettiva, improntata alla «socializzazione della sofferenza»³³. Ne “Les conduites suicidaires en Afrique”, egli afferma che il suicidio è, appunto, insolito in Africa, risulta più frequente nelle aree rurali e non vi sono differenze tra l’Africa anglofona e quella francofona. I dati, tuttavia, appaiono imprecisi e inaccurati. Secondo l'autore, questi risultati andrebbero, in ogni caso, separati dalla diffusione del disturbo depressivo nelle stesse società africane: dato il naturale collegamento della psichiatria occidentale tra depressione e suicidio, si potrebbe pensare che il tasso poco elevato di quest'ultimo indichi una scarsità della prima; al contrario, il grado di depressione in Africa risulta comparabile con quello presente nel mondo occidentale, mentre ciò che varia è la manifestazione del disturbo. In effetti, mentre in Occidente si sviluppano prevalentemente sensi di colpa e di inutilità (che possono condurre al suicidio), in Africa la depressione comporta soprattutto lamentele e idee persecutorie. Ciò è, probabilmente, dovuto a un'estensione del periodo simbiotico tra madre e figlio, tipico delle società primitive, il che comporta la protrazione di un atteggiamento infantile e ansioso.

³³ Beneduce R., *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, p. 162.

Devereux, invece, analizza il suicidio all'interno di un gruppo particolare di Indiani d'America: i Mohave. In questa tribù, i guaritori sarebbero da interpretare come stregoni che sono riusciti nell'impresa di dominare le proprie pulsioni e di tenere sotto controllo quello che egli definisce un «suicidio per procura» (ovvero la confusione e il malessere provocati nel gruppo dalla spinta a reagire da parte dello stregone). Nonostante l'obiettivo raggiunto, in tali guaritori permarrrebbe una volontà di autodistruzione e la ricerca della solitudine.³⁴ Inoltre, risulta fondamentale, in questa analisi, tenere sempre in considerazione il forte grado simbolico attribuito alla morte, così come alla spiritualità del suicidio, tanto che la distinzione tra suicidi funerali e non risulta più che pertinente. Nello studio dei Mohave, non a caso, Devereux espone i tratti di molte categorie diverse di suicidio: psicosomatico, sociale, funerale, vicariale, attivo. Ancora una volta, dunque, si ritrova l'elemento basilare che si vuole dimostrare in questa tesi: anche nello studio del suicidio vale ciò che si era detto riguardo alla malattia mentale in genere, e cioè che, per un approccio corretto ed esaustivo, è essenziale considerare il contesto culturale di appartenenza del singolo individuo analizzato. Tale elemento, infine, risulta ancora più attendibile se si esaminano le riflessioni dello psicoanalista e filosofo statunitense James Hillman. Lo studioso confronta la concezione occidentale del suicidio non con quella africana, bensì con quella orientale. Sebbene nella nostra società il concetto di suicidio contenga già in sé una connotazione fortemente negativa, tanto da essere considerato motivo di condanna (si pensi anche alla visione religiosa dell'atto estremo), in Oriente lo stesso atto estremo assume un significato sacro (si pensi al seppuku), compiuto volontariamente da un soggetto sano. Hillman tenta di adottare un punto di vista alternativo nel giudizio del suicidio: egli afferma che, se è vero che con la morte si raggiunge la verità assoluta, che in molte fedi religiose è associata alla divinità, allora il suicidio si trasforma nella tensione verso la divinità stessa. Sfruttando le stesse categorie tipicamente utilizzate dalle culture occidentali, si giunge ad una sorta di paradosso: persino il suicidio, ragionandoci a fondo, diventa un atto positivo e degno. Altro appunto al pensiero razionalistico dell'Occidente è il seguente: perché condannare il suicidio se esso è una delle massime espressioni di affermazione individuale e del potere decisionale dell'uomo razionale? Per Hillman, la soluzione a questo dibattito sta nella ricerca del significato dell'anima.

³⁴ Per approfondimenti sulla stregoneria, si rimanda alle pagine 42-47.

Tabella 1.

Variazione nel tasso di suicidi in Italia tra il 2011 e il 2016.



3a. Numero totale di suicidi.



3b. Numero di suicidi in soggetti affetti da malattie mentali.



3c. Numero di suicidi in soggetti affetti da depressione.

Fonti: statistica Istat "Indagine su decessi e cause di morte" 2017-2019.

3. Le sindromi culturali

Le *culture-bound syndromes*, o sindromi culturali, sono definite come un insieme di sintomi, sia psichiatrici sia somatici, i quali possono essere ritrovati in tale combinazione unicamente all'interno di una specifica cultura. Le alterazioni connesse a tali sintomi non hanno una radice biologica: ecco perché la stessa sindrome non viene riconosciuta come universale, ovvero indipendente dalla cultura considerata. Le caratteristiche principali di una sindrome culturale riguardano la familiarità diffusa di cui gode tra gli individui di quella data cultura, che la interpretano come una vera e propria malattia, e il trattamento eseguito con tecniche di medicina alternativa locale, oltre alle particolarità già dette. Le sindromi culturali possono dimostrarsi anche soltanto come delle manifestazioni fisiologiche, senza per questo comprendere necessariamente la categoria patologica di psichismo. Gli studiosi occidentali tendono a voler costruire un senso di stampo psichiatrico intorno a questo tipo di sindromi, piuttosto che analizzarle da un punto di vista transculturale.

Alla fine del secolo scorso, Kraepelin affermava che lo spirito di un popolo si riflette anche nei suoi disturbi mentali; Kraepelin analizzò, in particolare, le sindromi asiatiche denominate *amok* e *latah*, associandole, rispettivamente, all'epilessia psichica e all'isteria e, tuttavia, non pronunciandosi sul carattere specifico oppure universale di tali sindromi. Gilles de la Tourette fu, invece, il primo studioso a realizzare uno studio comparativo prendendo in esame la caratterizzazione degli stessi sintomi da parte di società di diverse parti del mondo. Prima ancora, Franz Boas si era interessato soprattutto alle popolazioni indigene del Nord-America (come anche Devereux) e ai relativi disturbi mentali e aveva sostenuto il «particolarismo storico», ovvero il fatto che ciascuna cultura vada studiata in relazione alle particolarità della sua propria fisionomia, in altre parole contestualizzata (in questo discostandosi da Gilles de la Tourette: la descrizione empirica doveva essere privilegiata rispetto al metodo comparativo). Con questo, egli dichiarava anche la relatività della civilizzazione. Diversi ricercatori, poi, hanno mostrato interesse nei confronti dei posseduti: Mars, Fanon, Bastide, Devereux. Studiando i culti vodu haitiani, il primo sostiene che i fenomeni di possessione possano rappresentare veri e propri mezzi terapeutici ed essi risultino da sincretismi religiosi, per cui, sebbene le divinità varino geograficamente (e culturalmente), i posseduti restano sempre totalmente mossi dalla fede religiosa. Secondo Fanon, al contrario, il posseduto è caratterizzato da una regressione «irrealistica», ovvero causata da un ritorno alla sfera del mito e delle «credenze ingenuie», soprattutto attraverso la

danza. Bastide, poi, ritiene che spesso il posseduto tenti di ritornare indietro, «in un passato che non vuole morire». Infine, secondo Devereux (che studiò a lungo la tribù nativa americana dei Mohave), il posseduto è un soggetto nevrotico o psicotico, quando non un impostore, e non esiste una continuità tra la sua esperienza e la credenza condivisa (le tesi di Devereux sulla possessione sono state abbondantemente criticate). In aggiunta, Henri Collomb si è occupato della questione dei bambini africani (in particolare, in Senegal) secondo la visione tradizionale. Egli schematizza la condizione del bambino *malato* considerando tre possibili situazioni:

1. il bambino *nit ku bon*, ovvero un bambino riservato, che non si cura dell'ambiente che lo circonda né della possibilità di intraprendere relazioni sociali. Questo bambino è intollerante e dimostra la sua frustrazione ammalandosi o piangendo. Collomb spiega la percezione culturale nei confronti del bambino *nit ku bon*: egli potrebbe morire costantemente poiché non è abbastanza radicato nel mondo; dall'altro lato, però, questa condizione lo porta a sviluppare delle abilità di vera e propria preveggenza ³⁵ ;
2. il bambino *tji:d a paxer* rappresenta l'insieme dei figli nati all'interno di una famiglia e morti precocemente: la credenza locale è che si tratti sempre dello stesso soggetto che tenta di tornare ripetutamente nel mondo dopo aver scelto di morire (e così visitare i suoi compagni invisibili). Occorre prendersi molta cura di questi bambini, poiché essi potrebbero decidere di morire (vedono troppo bene il male del mondo e riescono a comunicare con l'aldilà);
3. il bambino *kwashiorkor*, o marasma, cioè il malnutrito.

La caratteristica fondamentale che si ritrova nella concezione del bambino tipica di questa cultura è l'accesso a una conoscenza da parte del bambino stesso, conoscenza che non spetta a nessun altro essere vivente.

Classificare le sindromi culturali all'interno di precise categorie geografiche o sintomatologiche non è semplice; ne esistono numerose, di alcune delle quali si sa pochissimo e, probabilmente, altre sono ancora sconosciute a noi occidentali. Ciononostante, segue nel presente capitolo una sorta di elenco delle principali culture-bound syndromes. Tale schedatura riguarda le sindromi più rilevanti per gli scopi di questa tesi: quelle relative, in qualche modo, al disturbo depressivo.

³⁵ Andras Zempléni associa il bambino *nit ku bon* alle altre «figure limite», come gli stregoni, e ne giustifica la presenza in società di questo tipo con l'importanza che esse attribuiscono ai sistemi simbolici.

3.1 Sindromi depressive³⁶

Amok: trattata seppur non propriamente un disturbo depressivo. Tale sindrome è tra quelle trattate da Devereux; essa è comune soprattutto in Malesia, Indonesia, Nuova Guinea e in generale nel sud-est asiatico. Tra i sintomi più rilevanti vi è, indubbiamente, la violenza spinta sino alla furia omicida. In seguito a un affronto che il soggetto giudica non tollerabile, si ha un periodo di solitudine da parte del malato fino allo sviluppo dello stato rabbioso e all'aggressione fisica di chi lo circonda. Dal punto di vista sensomotorio, il soggetto pare instancabile; tuttavia, a un certo punto, prevale l'esaurimento e, successivamente, la malinconia tipica della depressione. L'amok è correlato, dunque, con la rabbia e la psicosi; una seconda forma di amok (o *beramok* – quella più comune) è anche preceduta da un periodo depressivo, dovuto a un'alterazione dello stato d'animo vissuta negativamente. Forme analoghe all'amok si ritrovano in Giappone (*imu*), Siberia (*miriachit*), Polinesia (*cathard*) e fra gli Inuit (*pibloktoq*) nella sua connotazione più strettamente isterica.

Bouffée délirante aiguë: diffusa in Africa occidentale e Haiti. La bouffée délirante rappresenta il 30-40 % delle forme psicotiche in Africa e, di solito, colpisce individui tra i 18 e i 24 anni. È caratterizzata da eccitazione psicomotoria, confusione, paranoia, allucinazioni visive e uditive. È un tipo di disturbo psicotico senza schizofrenia, che può nascere come tendenza inconscia alla fuga da un sottile stato di depressione.

Dhat: è una sindrome culturale diffusa soprattutto in India e, più in generale, nell'Asia meridionale (Punjab, Pakistan e Sri Lanka). I più colpiti sono gli individui maschi tra i 15 e i 30 anni, di basso livello economico e, di norma, celibi. La credenza è che possa essere curata attraverso il matrimonio (mediante terapie tradizionali molto complesse); se questo non avviene, tuttavia, il soggetto può sviluppare tendenze deliranti. I sintomi sono attribuiti alla perdita di liquido seminale (i soggetti credono di essere affetti da spermaturia³⁷) e comprendono ansia, debolezza, perdita di peso, impotenza, eiaculazione precoce e depressione. La preoccupazione di chi si soffre di dhat è provocata da una polluzione biancastra associata alla minzione. Questa sindrome è comunissima nelle regioni suddette, in cui esiste anche una variante femminile associata alla leucorrea³⁸. Infine, sindromi analoghe sono *koro* (caratterizzata dalla paura irrazionale che i propri genitali si stiano riducendo fino a rientrare nell'addome – il cosiddetto “furto del pene” – associata comunque

³⁶ Le sindromi sono presentate in ordine alfabetico.

³⁷ La spermaturia è una malattia che consiste nella presenza di sperma nelle urine.

³⁸ La leucorrea è una condizione fisiologica caratterizzata da perdite vaginali biancastre.

più all'isteria che alla depressione, nel Sud-Est Asiatico) e shen-k'uei (letteralmente “deficit renale”, in Cina).

Ghost sickness: è una sindrome diffusa tra alcune tribù di Nativi Americani (Navajo, Muscogee, Plains) e polinesiane. È caratterizzata da una smisurata preoccupazione nei confronti della morte e dei defunti. A partire da un lutto reale, il “fantasma” può permanere e causare stati angosciosi, allucinazioni e paura di soffocamento. Il sentimento di terrore è costante; spesso, si ha la tendenza ad avvicinarsi a rituali di magia. Questa sindrome è il risultato della malriuscita risposta a un trauma psicologico, che genera solitudine, senso di colpa, ansia e ipervigilanza, oltre a tristezza e depressione croniche.

Hikikomori: è una sindrome comune soprattutto in Giappone, ma anche, in misura minore, nel resto dell'Asia e in parte dell'Europa. Il termine significa “isolarsi”; la caratteristica principale di questa sindrome è, infatti, la tendenza alla reclusione sociale. In Giappone tale tendenza è probabilmente dovuta alla carenza di una figura paterna e a una madre eccessivamente protettiva. Altre possibili cause sono la competitività sociale e il doppio registro sociale tipico dei giapponesi (la personalità autentica e quella “di facciata”). I sintomi riconosciuti dal governo giapponese sono: l'isolamento sociale per almeno sei mesi, il rifiuto di un'occupazione scolastica o professionale, l'assenza di disturbi psichiatrici rilevanti durante lo sviluppo iniziale della sindrome, la perdita di relazioni interpersonali. I soggetti possono perdere le capacità comunicative che pure possedevano, sviluppare l'agorafobia e disturbi più gravi; di norma, essi soffrono anche di depressione, automisofobia, disordini ossessivo-compulsivi e manie persecutorie. In Italia, sono almeno 100mila i casi di hikikomori³⁹ (da non distinguere con la dipendenza da Internet tipica della cultura *nerd* e *geek*). La terapia può consistere, alternativamente, nella psicoterapia o nella socializzazione.

Hwabyeong: dal cinese-coreano *hwa* (fuoco, rabbia) e *byung* (malattia); può essere chiamata anche *ulhwabyeong*, termine che aggiunge il disturbo depressivo nella sindrome. È diffusa nelle aree rurali della Corea, in cui giunge a colpire il 4.1% della popolazione (di norma, donne di basso ceto, nel periodo successivo alla menopausa). Rappresenta l'incapacità di avere a che fare con la propria stessa rabbia, che si attribuisce a ragioni ingiuste, e per questo l'hwabyeong può essere considerata simile all'amok. Tra i sintomi, i più rilevanti sono l'insonnia, le palpitazioni, mal di testa, sensazione di calore, disagio

³⁹ Zorzoli M., (2018) “Hikikomori, è boom anche in Italia: migliaia di giovani si auto-recludono in casa”, in *Business Insider Italia*.

respiratorio e digestivo, tristezza, agitazione, senso di colpa, rabbia esternalizzata e la sensazione di dover sottostare a un destino ineluttabile. Questa sindrome, dunque, fa parte anche dei disturbi depressivi. Di solito, è preceduta da un periodo di depressione patologica, ansia, altri disordini oppure da un evento traumatico che ne costituisce la causa, durante il quale il soggetto reprime i propri sentimenti.

Kufungisisa: si tratta della sindrome del “pensare troppo”, originaria della comunità Shona dello Zimbabwe. Sindromi simili sono state rilevate in vari gruppi etnici di diversi Paesi, non solo africani, come i Caraibi, l’America Latina, l’Estremo Oriente e tra i nativi americani. Kufungisisa provoca ansia, irritabilità, attacchi di panico, depressione e disturbi somatici, oltre a difficoltà interpersonali dovute ad angoscia psicosociale. Il sintomo caratteristico, tuttavia, risulta nell’atto costante di rimuginare sulle proprie preoccupazioni. In molte culture, pensare eccessivamente è ritenuto causa di mal di testa e vertigini. Una variante particolare è rappresentata dalla sindrome *brain fag*, in Nigeria; in questo caso, il troppo pensare è imputato all’eccessiva spinta esterna sui giovani (maggiormente colpiti da *brain fag*) al successo e a uno studio sproporzionato, capace di provocare male agli occhi, sensazioni di calore e di formicolio della testa e di danneggiare il cervello.

Nervios: è diffusa nell’America Latina e tra le popolazioni latine residenti negli USA. Sindromi analoghe si hanno tra le comunità greche (*nevra*) e siciliane (*nierbi*) del Nord America. Il sintomo principale è la sensazione di vulnerabilità presente nelle esperienze di vita stressanti. Inoltre, si osserva la presenza di stress emotivo, disturbi somatici e del sonno, mal di testa (o «al cervello», ovvero tensione all’altezza del collo), irritabilità e nervosismo, tremori, mancanza di concentrazione, vertigini e predisposizione al pianto. Si va da casi che non costituiscono vere e proprie patologie psichiatriche fino a disturbi depressivi o psicotici.

Nit ku bon: letteralmente “cattiva persona”; le caratteristiche di questa sindrome sono già state trattate nelle pagine immediatamente precedenti. Basti aggiungere che essa è riscontrabile all’interno della popolazione Wolof del Senegal e che il bambino affetto manifesta solitudine, rifiuto della sfera sociale, sensibilità eccessiva, depressione e collera. Egli recita spesso incantesimi ed è solitamente considerato uno spirito.

Ode Ori: letteralmente “cacciatore della testa” in Yoruba, è una sindrome diffusa, appunto, tra i guaritori tradizionali della regione abitata dagli Yoruba nella Nigeria sud-occidentale. Il sintomo principale riguarda la sensazione di avere un corpo strisciante all’interno della testa (e, talvolta, in altre parti del corpo), oltre a palpitazioni, rumori nelle

orecchie, vertigini, visione offuscata, mal di testa ed eventualmente prurito. Questa sindrome è associata, in particolare, al disturbo depressivo maggiore, seguito da schizofrenia, ansia, psicosi e altri disordini. Si ritiene, tuttavia, che ode ori potrebbe anche essere il risultato di disturbi somatici. Un probabile nesso con la depressione è legato ad un secondo significato della parola “*ori*” in Yoruba: “destino”; la comunità Yoruba, infatti, non confida nella fortuna, bensì crede che ciò che accade sia stato scelto dal singolo individuo in un momento precedente alla sua venuta al mondo.

Pobough Lang: si tratta di una sindrome culturale diffusa tra la popolazione Serer del Senegal (con un tasso pari a circa 0.5% del popolo Serer). Il principale sintomo riguarda il nutrirsi di terra o sabbia, probabilmente dovuto a uno stato di pica, ossia di perversione del senso del gusto. Inoltre, tale disturbo è caratterizzato da pallore, depressione e rifiuto sociale.

Shenjing shuairuo: tradotto dal mandarino come “debolezza del sistema nervoso”; fa parte dello spettro della nevrastenia (esaurimento o scompenso nervoso), esiste in India con il nome *ashaktapanna* e in Giappone come *shinkei-suijaku* ed è sintomatologicamente simile alle sindromi *brain fog* e *burnout*. Per la medicina cinese (paese in cui tale sindrome è maggiormente diffusa), i sintomi che la contraddistinguono sono tre tra i cinque seguenti: debolezza o stanchezza mentale, *fan nao*, crescendo della memoria, mal di testa e insonnia. È nel secondo sintomo che va ricercata la radice del disturbo depressivo: il fan nao consiste in una forma di irritabilità mista a preoccupazione e angoscia, dovute a desideri irrealizzati e pensieri conflittuali. Questa sindrome è connessa anche al sentimento di esclusione e alla carenza di energia vitale, insieme alla sensazione di incapacità di modificare una situazione frustrante o angosciante.

Susto: dallo spagnolo, letteralmente traducibile come “spavento”; è diffusa tra le popolazioni latino-americane e colpisce prevalentemente le donne. Tale sindrome è attribuita a un evento terrorizzante, che provoca (d’un tratto oppure anche dopo anni) insonnia o ipersonnia, inappetenza, sbalzi di umore, mal di testa e di stomaco e, soprattutto, sintomi depressivi quali eccessiva tristezza, basse motivazione e autostima. L’evento terrorizzante è in grado di allontanare l’anima dal corpo, che può essere recuperata attraverso l’opera di un guaritore tradizionale. Il susto può avere tre diverse origini: disturbo somatico, disturbo da stress post-traumatico, disturbo depressivo maggiore. In quest’ultimo caso, il soggetto mostra sentimenti di abbandono, la percezione di non essere amato e la tendenza al suicidio.

Oltre a queste, esiste la sindrome culturale italiana del Tarantismo, approfondita più avanti. Altre sindromi di gran rilevanza per grado di diffusione e/o sintomatologia non sono prese in considerazione per mancanza di connessioni rispetto al disturbo depressivo. Tra queste, è opportuno citare *latah* (disordine dissociativo – in Malesia, in Indonesia e nelle Filippine), *maladi moun* (disordine paranoide e schizoide – anche detta *evil eye*, *mal de ojo* o malocchio, nel Mediterraneo, in Etiopia, Haiti e tra le popolazioni ispaniche), *root-work*⁴⁰ (disturbo ansioso) e *zār* (disturbo psicotico di possessione e conseguente esorcismo – in Africa settentrionale e centrale e nel Medio Oriente).

3.2 Il ruolo della magia e lo sciamanismo

Nelle culture primitive in cui si sviluppano sindromi di questo tipo, la tendenza delle popolazioni è quella di rispondere facendo riferimento alla sfera magica. La stregoneria è talmente radicata all'interno di queste società da costituire la prevalente tecnica di cura. Gli stregoni stessi utilizzano formule, veri e propri incantesimi e, soprattutto, fanno uso di quegli stessi rituali che rappresentano la confortante realtà del popolo⁴¹. Esiste, tuttavia, un rapporto particolare tra lo stregone e il gruppo: affinché il secondo tragga effettivi benefici dall'attività del primo, occorre che essi collaborino, ovvero che il gruppo non interrompa il consenso che offriva al guaritore; questo evita, allo stesso tempo, l'inefficacia della terapia sul popolo e la follia dello stregone⁴². Evans-Pritchard distingue la stregoneria in due categorie fondamentali: *sorcery* e *witchcraft*, intendendo con la prima quella che è possibile apprendere e con la seconda una forma innata. Come già visto precedentemente⁴³, il rapporto di cui sopra e la costruzione dei poteri dello stregone sono fenomeni da contestualizzare; in particolare, nel caso della *witchcraft*, lo scopo dei riti e delle formule magiche consiste, appunto, nel tentativo di realizzare quel consenso definito «proiezione negoziata», stesso consenso che pone le basi per la concretizzazione dello stregone⁴⁴. È naturale, per chi è cresciuto nell'ambito occidentale, avere il forte sospetto che si tratti di impostori; non solo:

⁴⁰ Vedi paragrafo seguente.

⁴¹ Discorso diverso vale, invece, per gli sciamani, di cui si parlerà a seguire nel paragrafo.

⁴² Da Claude Lévi-Strauss, 1978.

⁴³ Vedi pp. 24-25.

⁴⁴ Nel 1984, i coniugi Ortigues affermavano che lo stregone riesce a comprendere di essere tale proprio per merito di un'accusa rivoltagli dal consenso sociale.

oltre al dubbio sulla veridicità o finzione dello stregone, ci si chiede anche se egli sia un individuo sano oppure malato. Secondo Alfred Métraux, la questione va risolta osservando, di nuovo, la sfera sociale in cui tali guaritori operano: il loro comportamento isterico risulta totalmente professionale, essi sono persone all'apparenza comuni che decidono di sfruttare la tecnica della trance perché (a differenza delle tecniche curative della psichiatria occidentale) risulta più vicina – e, quindi, utile – alla realtà del gruppo di cui fanno parte. Oltre alla trance e, in generale, a processi complessi dal punto di vista razionale, le popolazioni tradizionali e i relativi stregoni sfruttano abbondantemente altri tipi di rituali, più semplici e prossimi a chiunque: le danze e la musica che le scandisce. Il ruolo della danza – sempre collettiva – consiste nell'unione fisica e spirituale dei corpi, nel tentativo di superare la solitudine e trovando nel senso comunitario e nel cambiamento la cura. È in questo contesto che Collomb fa riferimento alle «psicoterapie non verbali»⁴⁵: è il linguaggio del corpo a dominare, la sua agitazione ritmica e unanime, i gesti e le espressioni – anche sul piano curativo. La danza, infatti, è utile anche nei casi di possessione: essa permette al soggetto posseduto di «regredire a un'immagine frammentata del proprio corpo senza provare sentimenti di colpa»⁴⁶. I coniugi Ortigues parlano del rito come della «messa in forma» dell'oggetto di controllo, contrapposto all'ignoto (o malato); questa contrapposizione è tipica delle religioni tradizionali e non si ritrova in quelle monoteistiche. I saperi rituali messi in pratica da tali guaritori – i *native doctors* – sono, secondo Lambo, perfettamente credibili e funzionanti: essi vi si dedicano perché credono nella loro efficacia, al di là dell'aspetto suggestivo. Effettivamente, il miglioramento del paziente è reale: forse anche grazie alla vicinanza non solo della famiglia, ma di tutto il gruppo sociale a cui appartengono. È, tuttavia, opportuno distinguere tra il concetto di «stregone» e quello di «guaritore», spesso usati, anche in questa sede, come sinonimi; Zempléni li chiama, rispettivamente, *dömm* e *bilejo* (il *witch-doctor* di Evans-Pritchard): il primo è lo stregone-antropofago, appartenente anche a una società invisibile i cui membri lo aiutano a catturare il *fit* (l'energia vitale) di una persona, che egli poi divora. Il *bilejo*, al contrario, è colui che riconosce e contrasta il *dömm*, essendo un ex-stregone pentito; egli, tuttavia, continua ad essere temuto. Inoltre, esiste il *borom xam xam* (il maestro del sapere), categoria di cui fanno parte tutti coloro che possiedono un sapere e che lo praticano: i guaritori o *fajkat*. La magia ha molte forme; essa si manifesta anche in altre configurazioni e in altre regioni del mondo:

⁴⁵ Vedi par. 1.4, pp. 20-21.

⁴⁶ Beneduce, R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, p. 175.

si può considerare, in qualità di esempio, il caso della *root-work* o «magia hoodoo». L'hoodoo rappresenta una forma di folk magic, o magia popolare, in cui si ritrovano elementi di diverse tradizioni – europea, africana e nativa americana – comune tra gli afroamericani del sud degli USA. Una delle caratteristiche principali di tale magia è rappresentata dal lavoro con le erbe e le radici (da cui il nome *root-work*). L'hoodoo non è una religione, per cui non comprende un insieme di divinità – o spiriti – peculiari. Sebbene gli aspetti di tale forma magica non siano uniformemente attribuibili a una credenza religiosa piuttosto che alle altre, l'hoodoo è particolarmente diffuso tra i Cristiani, che considerano la Bibbia come il più importante libro sacro, contenente veri e propri incantesimi. Oltre alle erbe e alle pietre, nei loro rituali i *root-workers* utilizzano oggetti personali, ossa animali e liquidi corporei e richiamano gli spiriti dei defunti; tali rituali servirebbero a migliorare la vita di tutti i giorni con l'aiuto di forze soprannaturali. Ancora più prossima al contesto italiano, è un'altra pratica magico-religiosa, diffusa, però, nel Sud Italia e, in particolare, nelle donne pugliesi: il tarantismo. Studiata da Ernesto de Martino, il tarantismo costituisce un'autentica sindrome culturale: esso consiste in una patologia di tipo prevalentemente isterico, ma con tratti dell'epilessia e della possessione, ritenuta conseguenza del morso di ragni o altri animali velenosi; i principali sintomi consistevano⁴⁷ nella depressione, nella catatonìa, in convulsioni, in dolori sparsi ed eventualmente in offuscamenti dello stato di coscienza. Il tarantismo prevede una terapia curativa tutta particolare: si tratta di un rituale – un «esorcismo musicale», durante il quale il soggetto malato è aiutato a guarire da musicanti che tentano varie combinazioni di vibrazioni, fino a trovare quella giusta (il rituale della pizzica può durare anche giorni); danze frenetiche accompagnano la musica, tanto che il malato è catapultato in uno stato di trance e lo specifico tipo di ragno colpevole è rivelato attraverso il colore degli abiti (o di altri oggetti, su richiesta) verso i quali il soggetto si dirige. Egli, infine, decreta la conclusione del rituale (e pure della malattia) calpestando un ragno simbolico. La potenza del fenomeno ritualistico sta nella sua capacità di agire a livello inconscio, superando la mera suggestione e mettendosi al pari livello di altre tecniche terapeutiche, come quelle della psichiatria occidentale; così, anche i riti curano. Lo stesso de Martino intuisce la presenza di una forza «reintegratrice» (o «disintegratrice»)⁴⁸ del rituale, che sta tutta nel ritmo, nella ripetizione – insieme sintomatologica e mitica – necessaria per

⁴⁷ Il tarantismo si è estinto a poco a poco, probabilmente a causa del moderno progresso tecnologico (E. de Martino).

⁴⁸ Beneduce, R. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, p. 228.

evitare il delirio e la follia. Nel particolare caso dei riti religiosi, infine, Durkheim⁴⁹ li interpreta come momenti di estasi collettiva, nei quali l'unione dei membri del gruppo è consolidata grazie al riconoscimento che la società rappresenta il vero oggetto di culto.

Lo sciamano, o «signore del limite»⁵⁰, è un particolare tipo di guaritore dotato sia di conoscenze empiriche sia di conoscenze psicologiche. È stato studiato da molti autori, tra cui Sow, Collomb e Devereux. Tutta la sapienza di cui è portatore gli deriva da un'esperienza traumatica, che rappresenta una sorta di rito iniziatico al mondo dello sciamanismo. Il rifiuto alla «chiamata» potrebbe condurre il soggetto alla follia (alla schizofrenia, secondo Bateson) o alla morte prenatale (i Mohave studiati da Devereux credono che gli aborti spontanei costituiscano la scelta del feto di non venire al mondo, poiché già consapevoli che, se nascessero, soffrirebbero per tutta la vita in quanto sciamani). Lo sciamano, in effetti, subisce sofferenze estreme ed è sottoposto a rinunce continue; conosce nel profondo le proprie debolezze, i propri conflitti interiori e sa fin dove può spingersi il suo potere (a differenza della psichiatria)⁵¹. Da tale consapevolezza derivano le capacità terapeutiche degli sciamani. Il paziente riesce a sviluppare un nuovo equilibrio mediante il racconto e il mito, i culti cerimoniali aiutano la dissoluzione del conflitto e, nel processo curativo del singolo, la terapia non fa che avvicinare tutto il gruppo in un rinnovato benessere sociale. È proprio attraverso il mito, secondo Lévi-Strauss (che pure crede fermamente nella reputazione degli sciamani), che lo sciamano riesce a concepire un pensiero capace di conciliare esperienze contraddittorie di sofferenza; in altre parole, solo lo sciamano ha la forza di pronunciare pensieri «impensabili», unica via per raggiungere la guarigione. Lo stesso autore sostiene come lo sciamano impari a vivere il proprio personaggio, che gli può essere stato attribuito dal popolo oppure che può aver creato egli stesso; per fare questo, deve incarnare in sé le rappresentazioni della collettività, assimilando ogni colpa, sofferenza ed esperienza intollerabile del gruppo su di sé e, così, guarirlo. Utilizza, dunque, la compensazione: è proprio qui l'efficacia della sua magia, ovvero nella capacità dello sciamano di reagire alla malattia del paziente nella modalità che ne risulta opposta (l'attività del guaritore contro la passività del paziente). Sow sostiene che tali pensieri, contraddistinti dall'interpretazione e dalla dominazione del male, dimostrino una prossimità al simbolismo collettivo e a un universo «panstrutturato». Un'ulteriore analisi sullo sciamanismo ci viene fornita da

⁴⁹ In *“Le forme elementari della vita religiosa”*, 1912.

⁵⁰ Espressione di E. de Martino.

⁵¹ La quale, secondo Dorès, «rischia di snaturare gli ambiti che non la riguardano» «ignora i propri limiti» (1971).

Devereux che, pur riconoscendo una certa rilevanza e veridicità nelle linee di pensiero delle società primitive, non condivide l'attribuzione di abilità curative nei confronti degli sciamani. Questo è dovuto alla sua concezione di tali terapie – le definisce «bromuri culturali» - come pura suggestione (mancando in esse una teoria del transfert⁵² e controtransfert⁵³) e della sofferenza dello sciamano come non abbastanza rilevante (nonostante venga considerata dalla psichiatria occidentale una vera e propria malattia). Nel suo scritto su normalità e anormalità del 1956, Devereux critica fortemente il fenomeno dello sciamanismo; afferma che esso si sia sviluppato in culture dove è più radicato il bisogno di difendersi (da cui l'utilizzo smisurato della struttura del mito) e che non rappresenta una pratica logica, ovvero il frutto di una mentalità condivisa dal gruppo. Per l'esperto francese, lo sciamano è un soggetto gravemente nevrotico o addirittura psicotico; egli sarebbe un malato convenzionale, sebbene ponga i propri conflitti nel segmento etnico (la cultura di appartenenza) più che in quello idiosincratico (la sua soggettività) del suo inconscio⁵⁴. Devereux continua: la tribù dei Mohave crede che, all'interno della persona dello sciamano, vi sia un «omuncolo-divoratore-del-male»⁵⁵, che in realtà esprime la sua psicopatologia sociale nel dialogo con entità sovranaturali; nel suo inconscio, avverrebbe un'identificazione tra il proprio essere e le credenze popolari, la quale potrebbe condurre al «suicidio per procura» di cui si è già detto⁵⁶. Lo sciamano, poi, trasforma gli spiriti sovranaturali in guardiani con cui riesce a comunicare, nell'aspirazione a costituire e appartenere a un universo di forze positive. Si può continuare il discorso sullo sciamanismo considerando la teoria di Lévi-Strauss sulla relazione triangolare tra sciamano, malato e società, la quale dovrebbe essere equilibrata; attraverso la collaborazione tra i tre poli, sarebbe possibile realizzare una collettività coesa e coerente. Alcuni aspetti della vita dello stesso Jung parrebbero avvicinarsi all'esperienza di uno sciamano; in particolare, la sua esistenza si sarebbe svolta con il medesimo modello: ferita, chiamata e iniziazione. Durante il periodo di crisi identitaria, coincidente con la crisi di mezza età, egli ha scavato nel proprio inconscio in un percorso necromantico, nel tentativo di recuperare l'anima perduta, fino all'insorgenza di visioni profetiche e all'instaurazione di

⁵² «In psicanalisi, concetto e termine introdotti nel 1895 da S. Freud per indicare il processo di trasposizione inconsapevole, durante l'analisi, sulla persona dell'analista, di sentimenti e di emozioni che il soggetto sentì in passato nei riguardi di persone importanti della sua infanzia. Più generalmente, si intende con *transfert* l'inevitabile, anche se tenue, accompagnamento inconscio di sentimenti pregressi, che contraddistingue qualsiasi rapporto affettivo interpersonale» (Enciclopedia Treccani).

⁵³ «In psicanalisi, l'influenza esercitata dal paziente sui sentimenti inconsci dell'analista» (Enciclopedia Treccani).

⁵⁴ Vedi pp. 18-20.

⁵⁵ Tesi confutata da Lévi-Strauss, dopo l'esperienza con lo sciamano Quesalid.

⁵⁶ Vedi p. 34.

una relazione con uno spirito guida. Tali visioni lo hanno portato a dedicarsi alle sue ricerche, per il bene individuale e della collettività (proprio come farebbe uno sciamano). Secondo Jung, tuttavia, lo sciamanesimo consiste in un «processo di individuazione arcaico» dell'archetipo del Sé. In riferimento all'attuale sciamanesimo urbano, la psicoterapeuta Sandra Ingerman parla di sciamanesimo «bianco» e accetta la sua validità, anche nella società occidentale contemporanea, al fine di recuperare l'anima, nei disturbi dissociativi, ma anche nello stress post-traumatico, nella dipendenza e nella depressione, tanto da esserne diventata un'esponente. Occorre, tuttavia, ricordare che il recupero d'anima ha senso solo se sia il paziente sia il guaritore hanno una visione del mondo sacra. Poiché si hanno molti risvolti empirici dello sciamanesimo, risulterebbe avventato, a questo punto, l'assunto della sua incontestabile mendacità.

Cap. II

DIAGNOSI E STATISTICHE

1. II DMS – 5

Il DSM (letteralmente *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*) rappresenta la principale raccolta di disturbi psicopatologici al mondo. Si tratta di un sistema nosografico ampiamente utilizzato nell'ambito della medicina psichiatrica e della psicologia. Tutte le edizioni sono state redatte dalla *American Psychiatry Association*; la prima risale al 1952 e fu scritta in risposta alla classificazione ICD (*International Classification of Diseases*), stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La versione italiana prende il nome di "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali", la cui prima edizione risale al 1980. Il DSM ha subito vari aggiustamenti, nel corso degli anni. Uno dei più significativi è rappresentato, indubbiamente, dall'estromissione dell'omosessualità dal Manuale, avvenuta nel 1973. L'edizione attuale è la quinta, per cui il testo prende il nome di DSM – 5, la pubblicazione della quale si è avuta nel 2013. Da un punto di vista generale e secondo gli autori, il DSM dovrebbe essere caratterizzato da quattro proprietà: deve poter essere definito, allo stesso tempo, nosografico (i quadri diagnostici sono, cioè, indipendenti dalle situazioni specifiche di ogni individuo), ateorico, assiale (gli assi su cui le malattie vengono raggruppate sono cinque: disturbi clinici; disturbi di personalità o ritardo mentale; disordini fisici o condizioni acute; condizioni ambientali e psicosociali; funzionamento globale) e basato sulla statistica. Il Manuale riporta quasi 400 disturbi mentali, valutati in funzione di una molteplicità di fattori. L'ultima edizione si distingue dalle precedenti per una serie di modifiche inerenti alcune disabilità¹ e per una nuova attenzione dedicata a certi ambiti, come quelli della genetica, dell'evoluzione, problematiche di genere e di età (in particolare i disturbi infantili e senili) e l'area di maggior interesse per la presente ricerca: la questione cross-culturale e i relativi disturbi mentali (*vedi Tabella 2*). I macro-disturbi nei quali il DSM – 5 suddivide la psicopatologia risultano:

¹ In particolare, le variazioni riguardano il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, la sindrome di Asperger, l'ipersessualità, i disturbi della personalità (tra cui quello dissociativo) e quello bipolare, la schizofrenia, il picacismo, il disturbo da stress post-traumatico, quello somatoforme e quello oppositivo provocatorio.

Disturbi dello sviluppo neurologico	Spettro della schizofrenia (e altri disturbi psicotici)	Disturbi ossessivo-compulsivi
Disturbi depressivi	Ansia	Disturbi bipolari
Disturbi del sonno	Disturbi dissociativi	Disturbi somatici
Disturbi della personalità	Disturbi di eliminazione (espulsione)	Disturbi da eventi stressanti o traumatici
Disfunzioni sessuali	Disforia di genere	Parafilia
Disturbi da dipendenza da sostanze	Disturbi da assunzione di farmaci	Disturbi del comportamento dirompente e della condotta
Disturbi alimentari	Disturbi neurocognitivi	Altri disturbi mentali

Un'ultima categoria è quella relativa ad «altre condizioni clinicamente rilevanti». Il gruppo di disordini psicopatologici che sarà preso in esame nelle prossime pagine è quello relativo, chiaramente, agli stati depressivi.

1.1 I disturbi depressivi

Il DSM – 5 include nella categoria dei disturbi depressivi tutti quegli stati patologici che sono caratterizzati, quantomeno in misura maggiore rispetto agli altri, dalla presenza di umore triste, vuoto o irritabile, con modifiche significative dal punto di vista somatico e cognitivo, le quali possono rendere il soggetto incapace di svolgere anche le più banali azioni quotidiane. La depressione è trattata, di norma, attraverso la psicoterapia e, talvolta, con psicofarmaci. La durata, il momento cronologico e l'eziologia presunta sono i fattori che condizionano la diagnosi tra i principali disturbi depressivi, ovvero:

- DMDD (Disruptive Mood Dysregulation Disorder);
- disturbo depressivo maggiore;

- disturbo depressivo persistente (distimia);
- disturbo disforico premenstruale;
- disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci;
- disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica;
- altro disturbo depressivo specificato o non specificato.

DMDD: nella lingua italiana, è definito “Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente”. È una condizione patologica che si verifica nei bambini (fino ai 12 anni di età) con irritabilità costante (quasi ogni giorno, per gran parte della giornata) ed episodi di estrema perdita di controllo. La diagnosi non andrebbe fatta, in effetti, prima dei 6 e dopo i 18 anni di età del bambino. È probabile che tali pazienti, attraversando le fasi dell'adolescenza e dell'adulità, sviluppino disturbi depressivi unipolari o stati ansiosi, piuttosto che bipolarismo. I criteri che permettono la diagnosi di DMDD includono scoppi ricorrenti di collera e la conseguente manifestazione di tale rabbia attraverso aggressioni comportamentali e/o verbali; gli scoppi di collera non risultano proporzionati alla situazione e al grado di sviluppo (età) e hanno una durata fuori dalla norma. Essi accadono almeno tre volte alla settimana, sebbene l'atteggiamento irritabile rimanga (quasi) sempre osservabile. Il disturbo può essere diagnosticato se i suddetti criteri si sono presentati nel corso degli ultimi 12 mesi, senza pause dai sintomi maggiori di 3 mesi consecutivi, se gli scoppi di collera si sono verificati in almeno due ambienti diversi, se non è presente un'altra grave condizione patologica e se non sono stati assunti farmaci o altre sostanze stupefacenti. Lo psichiatra deve fare attenzione a non confondere tale disturbo con quelli bipolari (in particolare quello pediatrico) o con il disturbo ribelle oppositivo, oltre che con ansia, autismo o deficit dell'attenzione/iperattività. Se un bambino presenta irritabilità all'interno di un contesto depressivo maggiore o persistente, la diagnosi più accurata è quella relativa a una delle due condizioni appena citate. Il DMDD ha un'incidenza tra il 2 e il 5%, colpendo soprattutto bambini maschi nel periodo scolastico iniziale. Poiché la dirompenza si manifesta in modo improvviso e ripetitivo, il bambino con questo disturbo incontra moltissime difficoltà nella vita di tutti i giorni, sia in ambito scolastico sia nella costruzione e nel mantenimento di rapporti sociali; il rischio di suicidio va, pure, contemplato. Il tasso di comorbidità è estremamente alto.

Disturbo depressivo maggiore (MDD): prevede, insieme o alternativamente, un umore depresso per gran parte della giornata, quasi tutti i giorni, rilevato dal paziente stesso nella sensazione di vuoto e di tristezza oppure dai cari (il paziente sembra spesso sull'orlo delle

lacrime), e una significativa riduzione di interesse verso qualsiasi attività. Tali sintomi devono avere una durata di almeno due settimane, in cui si verificano almeno tre o quattro tra i seguenti ulteriori sintomi: significativa perdita o aumento di appetito e di peso; insonnia o ipersonnia; agitazione o ritardo psicomotorio; perdita di energia; senso di colpa (al di là dell'effettiva responsabilità spettante al soggetto) e di inutilità; indecisione e mancanza di concentrazione; pensieri di morte e ideazione del suicidio (soprattutto tra soggetti che vivono da soli, l'MDD rappresenta una forte causa di mortalità); talvolta, si ha un calo del desiderio sessuale o perdita di memoria, ma mai episodi riconducibili alla mania o all'ipomania. Tali sintomi rendono il paziente incapace di svolgere molte delle attività più semplici (ad esempio, lavarsi e vestirsi). Nella diagnosi del disturbo depressivo maggiore, è importante distinguerlo dalla sofferenza fisiologica provata in periodi di cordoglio o nel «disturbo del lutto complicato» (*Persistent Complex Bereavement Disorder*); sebbene molti dei sintomi siano analoghi nelle due condizioni, nel secondo caso quelli predominanti consistono nella sensazione di vuoto e di perdita anziché in un umore costantemente depresso e nell'incapacità di provare felicità. Anche il tipo di preoccupazioni del paziente varia nei due casi: nel cordoglio, si tratta di pensieri connessi, in qualche modo, al defunto – persino nell'idea del suicidio, si nasconde la volontà del soggetto di riunirsi con il caro venuto a mancare – mentre nel disturbo depressivo maggiore ciò che ha il maggior impatto è la sensazione pessimistica di non essere in grado di superare gli ostacoli, anche quotidiani, e dunque di non meritare la vita. È importante, inoltre, diagnosticare il corretto tipo di MDD, in relazione alla severità, all'eventuale ricorrenza, alla presenza di caratteri tipici di altri disturbi e allo stato di remissione. Particolarmente delicata risulta la diagnosi di MDD nel caso di individui con altre condizioni patologiche, di tipo fisico, poiché in tali situazioni è più naturale sviluppare sintomi depressivi. Dal punto di vista biologico, si associa l'MDD a un'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, a varianti genetiche (molto forte risulta anche la componente ereditaria) e ad anomalie funzionali nei sistemi neurali relativi all'elaborazione e alla regolazione delle emozioni. Il disturbo depressivo maggiore è diffuso soprattutto nella fascia d'età che va dai 18 ai 29 anni (è raro negli anni precedenti la pubertà) e riguarda (nell'insorgenza, non nella strutturazione della malattia) più le donne che gli uomini (le prime hanno una tendenza maggiore a tentare il suicidio, ma statisticamente non a concluderlo). Risulta poco comune il caso in cui l'MDD si risolva autonomamente in meno di un anno dall'insorgenza dello stesso. La cronicizzazione del disturbo può condurre allo sviluppo di ansia e all'uso di sostanze: la remissione diventa più improbabile. Molti disturbi bipolari

si manifestano a seguito di disturbi depressivi e, se sono presenti sintomi psicotici, può insorgere la schizofrenia (il caso opposto è molto più raro). Esiste comorbidità con: disturbo ossessivo-compulsivo, panico, anoressia e bulimia nervose, assunzione di sostanze e personalità borderline.

Disturbo depressivo persistente: anche chiamato distimia, si tratta di un disturbo cronico. Comprende un umore depresso per la maggior parte del tempo e per almeno due anni (un solo anno per bambini e adolescenti), nei quali i sintomi si siano presentati a intervalli sempre minori di due mesi. La remissione è parziale o nulla. Tra i sintomi dell'MDD, quelli riscontrabili nella distimia sono i disturbi di alimentazione e quelli del sonno, poche energia ed autostima, bassa concentrazione e disperazione. È possibile sviluppare caratteristiche miste, ovvero tipiche della depressione e di un altro disturbo. Si distingue anche tra comparsa precoce (prima dei 21 anni) e tardiva; nel primo caso, le probabilità di sviluppare disturbi della personalità e di utilizzare sostanze sono più elevate. La presenza di ansia e la perdita o la separazione dei propri genitori possono contribuire all'insorgenza della distimia.

Disturbo disforico premestruale: affinché si possa parlare di tale disturbo, occorre che i sintomi si presentino nella maggior parte dei cicli mestruali (sulla base di un anno) e, in particolare, nella settimana che precede immediatamente le mestruazioni, durante le quali essi migliorano fino a scomparire nelle due settimane centrali. I sintomi di cui sopra consistono in sbalzi di umore, disforia, alto grado di rabbia e irritabilità e un incremento dei conflitti interpersonali, sentimenti di depressione e disperazione, disprezzo nei confronti della propria persona, tensione ed ansia. È possibile notare, inoltre: riduzione di interesse nelle attività abituali, mancanza di concentrazione e di energia, aumento di appetito (in particolare verso determinati alimenti), disturbi del sonno, dolori muscolari, articolari o al seno e sensazione di sopraffazione. Anche in questo caso, il paziente non riesce a svolgere le normali attività (è in questo che tale condizione si differenzia dalla regolare sindrome premestruale) e, sebbene possa presentarsi insieme ad altri disturbi, non ne rappresenta un aggravamento bensì costituisce una patologia a sé. L'insorgenza di allucinazioni e il rischio di suicidio sono elementi poco comuni nel disturbo disforico premestruale. Nonostante i sintomi possano peggiorare con l'avvicinarsi della menopausa, dopo di essa cessano. La prevalenza è stimata dal 1.8 al 5.8% delle donne mestruate nell'intervallo di 12 mesi. Fattori ambientali, ereditari e socioculturali possono contribuire all'insorgenza del disturbo; al contrario, l'uso di contraccettivi orali ne riduce la probabilità.

Altri disturbi depressivi e i disturbi bipolari si differenziano dalla condizione in esame perché non seguono un andamento temporale riconducibile al ciclo mestruale.

Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci: la specificità di questa condizione, rispetto agli altri disturbi depressivi, risulta nella corrispondenza tra l'assunzione di farmaci o altre sostanze e l'insorgenza dei sintomi depressivi, quali umore depresso e perdita di interesse e di piacere in ciò che si fa. La corrispondenza può avvenire nel momento stesso in cui le sostanze vengono assunte oppure nel periodo successivo (entro un mese), ovvero quando il soggetto interrompe la cura (o la dipendenza). Nell'eventualità in cui i sintomi siano ancora presenti dopo quattro settimane, diventa opportuno cercarne la causa in altri disturbi. Un'ulteriore condizione necessaria per la diagnosi di questo disturbo consiste nell'effettiva capacità, da parte della sostanza considerata, di provocare i sintomi della depressione. Anche questo disturbo compromette il regolare funzionamento del soggetto a livello professionale e sociale. Oltre alle proprietà della specifica sostanza considerata, l'insorgenza di questo disturbo dipende, appunto, dalla tendenza generale del soggetto all'uso di tali sostanze: maggiore negli individui maschi, neri, di basse istruzione e condizione economica (negli USA). Occorre evitare il rischio di confondere il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci con il disordine depressivo dovuto a un'altra condizione medica: nel secondo caso, come si vedrà, la depressione è causata non dal farmaco bensì dalle conseguenze fisiologiche dell'altra malattia. C'è un'elevata comorbidità con molti altri disturbi psicopatologici, tuttavia la possibilità di sviluppare un disturbo depressivo persistente è abbastanza rara.

Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica: come già accennato, è questo il caso in cui le modifiche nell'umore del paziente risultano la diretta conseguenza fisiopatologica di un'altra malattia. Le abilità del soggetto sono, ancora una volta, compromesse; eppure, non è presente un altro disturbo mentale. La depressione è correlata, in particolare, con l'ictus, la corea di Huntington, il morbo di Parkinson, la malattia di Cushing, l'ipertiroidismo e la sclerosi multipla. La prevalenza di genere coincide con quella della prima condizione medica. Inoltre, la probabilità di suicidio provocato da questo disturbo può raggiungere valori ancor più alti rispetto all'MDD, data la consapevolezza della gravità della prima malattia. La comorbidità risulta correlata alle patologie associate alla condizione medica che causa la depressione e, come in ogni altro disturbo depressivo, all'ansia.

Altro disturbo depressivo specificato o non specificato: quando la condizione del paziente non soddisfa i criteri per la diagnosi di uno dei disturbi depressivi, ma causa ugualmente un forte stress e la compromissione della propria regolarità psichica, il disturbo diagnosticato è riportato sotto questa categoria. Più precisamente, il disturbo può essere “non specificato” se il medico sceglie di non definire la ragione per cui i criteri non sono soddisfatti, limitandosi a fornire la spiegazione dell’insufficienza dei dati a disposizione necessari per una diagnosi più specifica. Nella categoria dei disturbi “specificati”, al contrario, è possibile includere gli episodi brevi di depressione ricorrente (per 2-13 giorni, una volta al mese per 12 mesi consecutivi, senza correlazione con il ciclo mestruale), gli episodi depressivi di breve durata (più di 4 giorni consecutivi, ma meno di 14), gli episodi depressivi con insufficienza di sintomi. Gli specificatori per i disturbi depressivi rappresentano le proprietà da aggiungere al disturbo depressivo maggiore o persistente; sono relativi a uno dei seguenti casi: ansia (sintomi: tensione, irrequietezza, mancanza di concentrazione dovuta a preoccupazione, sensazione che stia per accadere qualcosa di terribile, paura di perdere il controllo di sé); disturbo misto di mania/ipomania (sintomi: buonumore, elevata autostima, logorrea, flusso di idee, aumento dell’energia, coinvolgimento in attività con alte probabilità di conseguenze dolorose, riduzione del bisogno di dormire); malinconia (sintomi: perdita di piacere nelle attività, mancanza di reattività, disperazione e sensazione di vuoto, peggior grado di depressione durante la mattina, risveglio anticipato, agitazione o ritardo psicomotorio, perdita di peso fino all’anoressia, senso di colpa inappropriato); atipia (termine storico, sintomi: reattività dell’umore, aumento di appetito e del peso, ipersonnia, paralisi plumbea, sensibilità al rifiuto interpersonale); psicosi (congruente o meno con i temi depressivi tipici); catatonìa²; peri-partum (i sintomi si manifestano durante la gravidanza o entro le quattro settimane successive al parto e comprendono ansia e attacchi di panico); cambiamenti stagionali (specialmente invernali, non dovuti a cause esterne, con completa remissione nel resto dell’anno; sintomi: energia, ipersonnia, sovralimentazione).

Per ognuno di questi disturbi, esistono tre diversi livelli di severità: lieve (pochi sintomi, intensità gestibile, discreta funzionalità sociale e professionale), moderata e severa (il numero di sintomi supera di gran lunga il minimo necessario per effettuare la diagnosi, essi non risultano gestibili e l’intero funzionamento psicofisico del soggetto è compromesso). Un

² La catatonìa è un «quadro psicopatico a base dissociativa, nel quale l’azione si svincola quasi interamente dalle motivazioni razionali e affettive e resta inceppata in contrasti automatici che l’irrigidiscono o la rendono saltuaria e stolidia» (Enciclopedia Treccani).

discorso a parte merita, infine, la questione del disturbo bipolare³; in particolare, quello di tipo II – caratterizzato da episodi ipomaniacali – presenta un elevato grado di comorbidità con il disturbo depressivo maggiore (sebbene anche quello di tipo I – maniacale – mostri la possibilità di sviluppare caratteristiche depressive). In questi casi, è la depressione che si manifesta per prima, seguita da episodi di ipomania inizialmente non riconosciuti dal soggetto, fino all’insorgenza del bipolarismo. La fase depressiva, inoltre, ha una durata maggiore e può diventare cronica (fatto che non avviene nel disturbo bipolare I). Per la ciclotimia vale un discorso analogo: si tratta di un altro disturbo con caratteristiche sia depressive che ipomaniacali (entrambi prolungati per almeno due anni); in questo caso, tuttavia, i criteri per la diagnosi bipolare non sono soddisfatti. In ogni caso, i soggetti affetti da depressione hanno una maggiore tendenza ad assumere sostanze alcoliche e a fumare, nel tentativo di migliorare i propri disturbi ansiosi e del sonno; il rischio nel trascurare la propria salute è, chiaramente, quello di sviluppare altre patologie (*vedi Tabella 3*). La depressione è una condizione psicopatologica grave dovuta a cause biologiche; è importante che venga accettata dal paziente e dai suoi cari, in modo tale da procedere alla terapia. Poiché essa non indica semplicemente una pigrizia eccessiva, infine, i pazienti vanno incoraggiati nella realizzazione di piccoli obiettivi in maniera docile e graduale, per favorire la guarigione.

1.2 L’influenza del contesto culturale

Nello sforzo di gestire accuratamente una condizione psicopatologica, i medici hanno il dovere di considerare anche tutto il contesto culturale da cui proviene il paziente. Secondo l’antropologia, con il termine *cultura* si intende l’insieme di tutti gli usi e costumi, le tradizioni, le regole, i saperi e le abitudini (dunque anche lingua e religione) che una comunità possiede e sfrutta per migliorare le relazioni con gli altri membri del gruppo e con l’ambiente. Tutto ciò viene trasmesso di generazione in generazione, sebbene si modifichi nel tempo. Attualmente, è molto comune che, all’interno dello stesso ambiente, siano presenti più culture differenti; anche tali ambienti vanno presi in esame, per evitare stereotipi e generalizzazioni. Il termine *razza*, invece, definisce un gruppo in relazione alle caratteristiche fisiche che non hanno, tuttavia, alcun fondamento biologico; tale concetto,

³ Nel disturbo bipolare, episodi di tipo maniacale e depressivo si alternano. Di solito, uno dei due tipi di disturbo predomina sull’altro. Esistono due varianti principali del disturbo bipolare: quello di tipo I (mania ed episodi depressivi) e quello di tipo II (depressione maggiore e almeno un episodio ipomaniacale).

essendo alla base di idee e comportamenti discriminatori e del razzismo, deve essere evitato: la discriminazione ha un forte impatto sullo sviluppo e sul progresso delle malattie mentali. Per gli antropologi, l'*etnia* indica, infine, un gruppo che condivide una specifica cultura; essa può essere ibrida, soprattutto al giorno d'oggi.

Dal momento che le caratteristiche culturali di un individuo si riflettono sulla sua condizione mentale, il DSM propone una guida sotto forma di intervista (la CFI, *Cultural Formulation Interview*), che il medico può utilizzare prima della diagnosi. L'intervista – composta da 16 domande – è suddivisa in cinque macro-argomenti:

- l'identità culturale dell'individuo (il gruppo etnico di cui fa parte e, dunque, le relazioni sociali, il paese di nascita, l'orientamento sessuale e la fede religiosa che ne derivano; nel caso degli immigrati, occorre considerare sia la cultura di partenza sia quella di arrivo);
- le concettualizzazioni culturali del dolore (il modo in cui il soggetto sperimenta e comunica il proprio disagio, oltre al caso di sindromi culturali);
- i fattori di stress psicosociale e l'interpretazione culturale di vulnerabilità e resilienza;
- le proprietà culturali della relazione tra il medico e il paziente;
- la valutazione culturale globale.

La CFI è strutturata in modo tale da poter essere utilizzata in maniera flessibile e indipendente dal background culturale da qualsiasi medico e con qualsiasi soggetto, concentrando l'attenzione su quest'ultimo, tanto che le domande sono rivolte direttamente alle esperienze della persona in questione. Per un utilizzo ottimale della CFI, essa dovrebbe essere preceduta da informazioni demografiche. È possibile servirsene nella sua interezza oppure utilizzarne solo alcune componenti; è utile soprattutto quando risulta complesso diagnosticare un disturbo e la sua severità per incomunicabilità e differenze culturali, oppure quando il paziente non accetta il trattamento proposto.

I quattro campi in cui è strutturata la CFI sono: la definizione culturale del problema, le percezioni culturali delle cause, del contesto e del supporto (con attenzione al ruolo dell'identità culturale), i fattori culturali che influenzano l'auto-trattamento e la precedente ricerca di aiuto (includendo anche le eventuali barriere) e i fattori culturali che influenzano l'attuale ricerca di aiuto (questo campo comprende una parte relativa alle preferenze del paziente e una che riguarda la relazione tra lo stesso e il medico).

Esiste, inoltre, una versione della CFI realizzata per l'*informatore*, ovvero una persona vicina al soggetto malato (un amico, un parente) che chiede aiuto al suo posto. Ancora una volta, l'intervista è adattata per riferirsi direttamente alla persona coinvolta (il paziente) ma dal punto di vista dell'interlocutore (l'informatore); al di là di questo, l'unica differenza rispetto alla versione originale è rappresentata dall'inserimento di una domanda aggiuntiva, posta all'inizio dell'intervista, che riguarda il tipo di relazione che sussiste tra l'informatore e il paziente.

Nell'analisi del contesto culturale che precede la diagnosi di un disturbo mentale, è importante distinguere tra tre concetti culturali principali: la *sindrome culturale* (differente dalla *culture-bound syndrome*, trattata già abbondantemente nel capitolo precedente); gli *idiomi culturali del dolore e le spiegazioni culturali e cause percepite*. Il concetto di sindrome determinata dalla cultura tende ad enfatizzare i sintomi piuttosto che le esperienze culturali che li determinano ed enfatizza la sua località come tratto peculiare, quando in realtà tutte le forme di dolore dipendono, in qualche modo, dalla relativa distribuzione in uno specifico territorio. Gli idiomi culturali del dolore sono le modalità di espressione (anche linguistica) di un disagio che risultano collettive o comuni all'interno di un dato gruppo (non riferendosi necessariamente allo stesso insieme di sintomi). Infine, l'ultimo concetto comprende le proprietà di un modello clinico ed eziologico riconosciuto da una precisa cultura.

Di norma, un concetto culturale non corrisponde esattamente a un disturbo del DSM, sebbene entrambi varino nel tempo. La rilevanza dei concetti culturali è osservabile in diagnosi corrette, in informazioni cliniche utili, nel miglioramento del rapporto tra medico e paziente, nell'aumento di efficacia terapeutica e nella ricerca sia clinica sia culturale.

Per quanto riguarda i disturbi depressivi e, in particolare, l'MDD, le analogie culturali sono relative al rapporto di incidenza tra uomini e donne, all'età di insorgenza, all'insonnia e alla perdita di energia come principali sintomi e alla percentuale di aumento dell'utilizzo di sostanze durante lo stato depressivo. Si notano, tuttavia, molteplici differenze nel tasso di prevalenza annuale tra culture diverse; ciononostante, risulta ancora complesso associare una specifica cultura con una certa probabilità di sviluppare determinati sintomi. Occorre ricordare, inoltre, che in molti paesi la depressione non viene immediatamente riconosciuta oppure, al contrario, viene scambiata per disturbi somatici. Nel disturbo disforico premestruale, è essenziale prendere in considerazione anche il ruolo culturale della donna

nel contesto da cui ella proviene, in grado di influenzare significativamente la frequenza, l'intensità e la modalità di espressione dei sintomi, pur non trattandosi di una sindrome culturale (essa è diffusa in buona parte del mondo, anche se le statistiche non sono chiare).

In conclusione, risulta fondamentale esaminare sempre il contesto culturale di provenienza di un paziente affetto (probabilmente o certamente) da un disturbo psicopatologico. Questo è dato dal fatto che la cultura è in grado di modificare il modo di concepire, esprimere, sentire – a livello fisiologico – e curare una generica e una specifica malattia (*vedi Figura 1*).

La tabella 2 riporta le culture-bound syndromes che compaiono alternativamente o in più di uno tra il DSM-5 (attuale), la versione precedente e la classificazione dell'OMS. L'ultima colonna mostra il continente in cui ciascuna sindrome si manifesta più attivamente. Le sindromi trattate all'interno di questa analisi sono evidenziate in arancio.

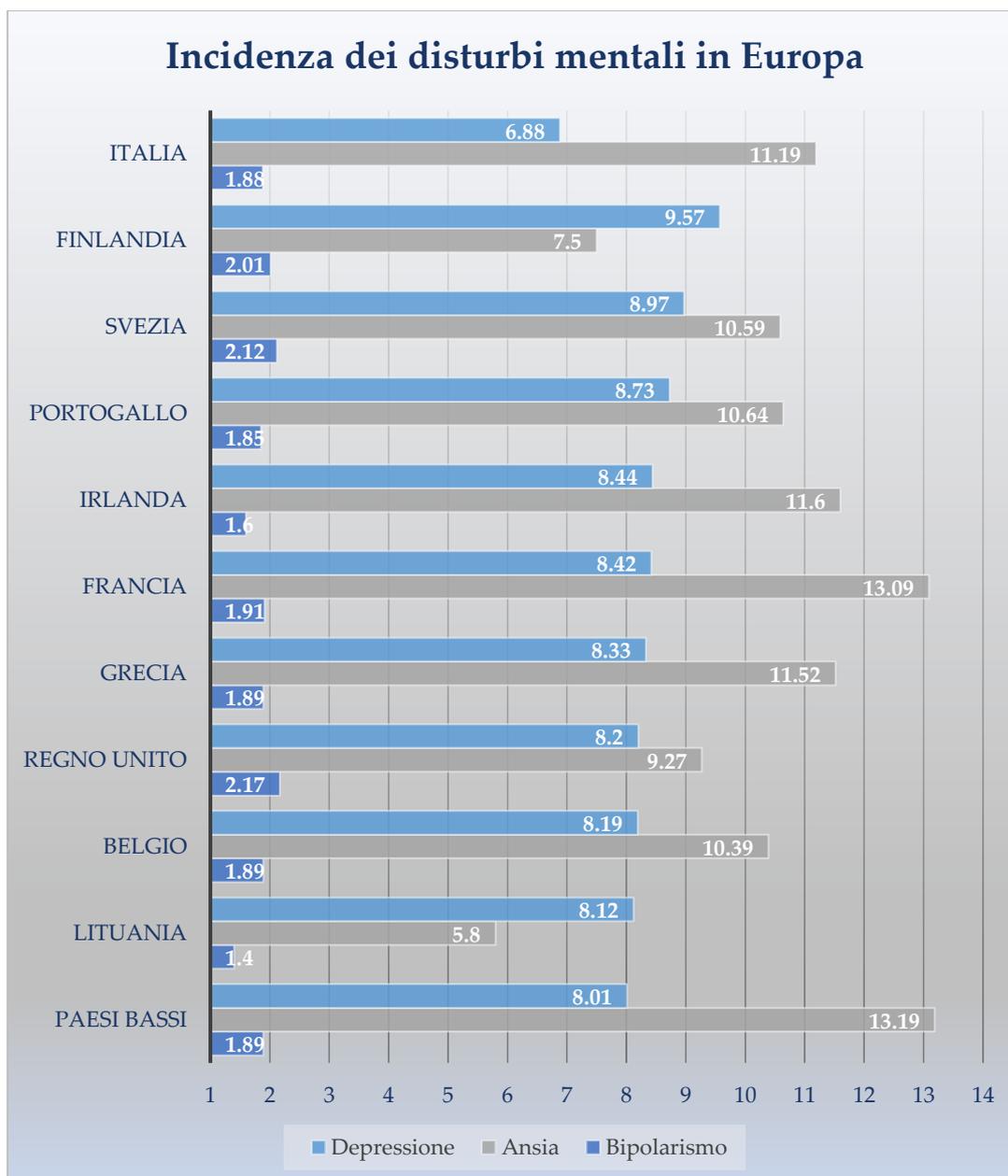
Tabella 2.*Sindromi culturali presenti nei sistemi di classificazione e continente di maggior diffusione.*

SINDROME	DSM-IV-TR	DSM-5	ICD-10	CONTINENTE
Amok	✓	✗	✓	Asia
Ataque de nervios	✓	✓	✗	America, Asia
Bilis (cólera)	✓	✗	✗	America
Bouffée délirante	✓	✗	✗	Africa, America
Brain fog syndrome	✓	✗	✗	Africa
Dhat syndrome	✓	✓	✓	Asia
Evil eye	✓	✗	✗	Europa, Africa
Falling out	✓	✗	✗	America
Ghost sickness	✓	✓	✗	America
Hikikomori	✗	✗	✗	Asia
Hwabyeong	✓	✗	✗	Asia
Khyâl cap	✗	✓	✗	Asia
Koro	✓	✗	✓	Asia
Kufungisisa	✗	✓	✗	Africa
Latah	✓	✗	✓	Asia
Locura	✓	✗	✗	America
Mal de pelea	✓	✗	✗	America
Maladi moun	✗	✓	✗	America
Nervios	✓	✓	✓	America
Nit ku bon	✗	✗	✗	Africa
Ode Ori	✗	✗	✗	Africa
Pa-leng (frigofobia)	✗	✗	✓	Asia
Pibloktoq	✓	✗	✓	Artide
Pobough Lang	✗	✗	✗	Africa
Root-work	✓	✗	✗	America
Sangue dormido	✓	✗	✗	Africa
Shenjing shuairuo	✓	✓	✗	Asia
Shen-k'uei	✓	✗	✗	Asia
Shinbyeong	✓	✗	✗	Asia
Spell	✓	✗	✗	America, Africa
Susto	✓	✓	✓	America
Taijin kyofusho	✓	✓	✓	Asia
Ufufuyane	✗	✗	✓	Africa
Uqamairineq	✗	✗	✓	Artide
Fear of Windigo	✗	✗	✓	America
Zār	✓	✗	✗	Africa, Asia
Zou hu ru mo	✓	✗	✗	Asia

Fonti: - American Psychiatric Association, *DSM – 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013; - “Culture-bound syndrome”, in Wikipedia; - Paniagua, F. A. (2018). ICD-10 Versus DSM-5 on Cultural Issues. *SAGE Open*. <https://doi.org/10.1177/2158244018756165>.

Tabella 3.

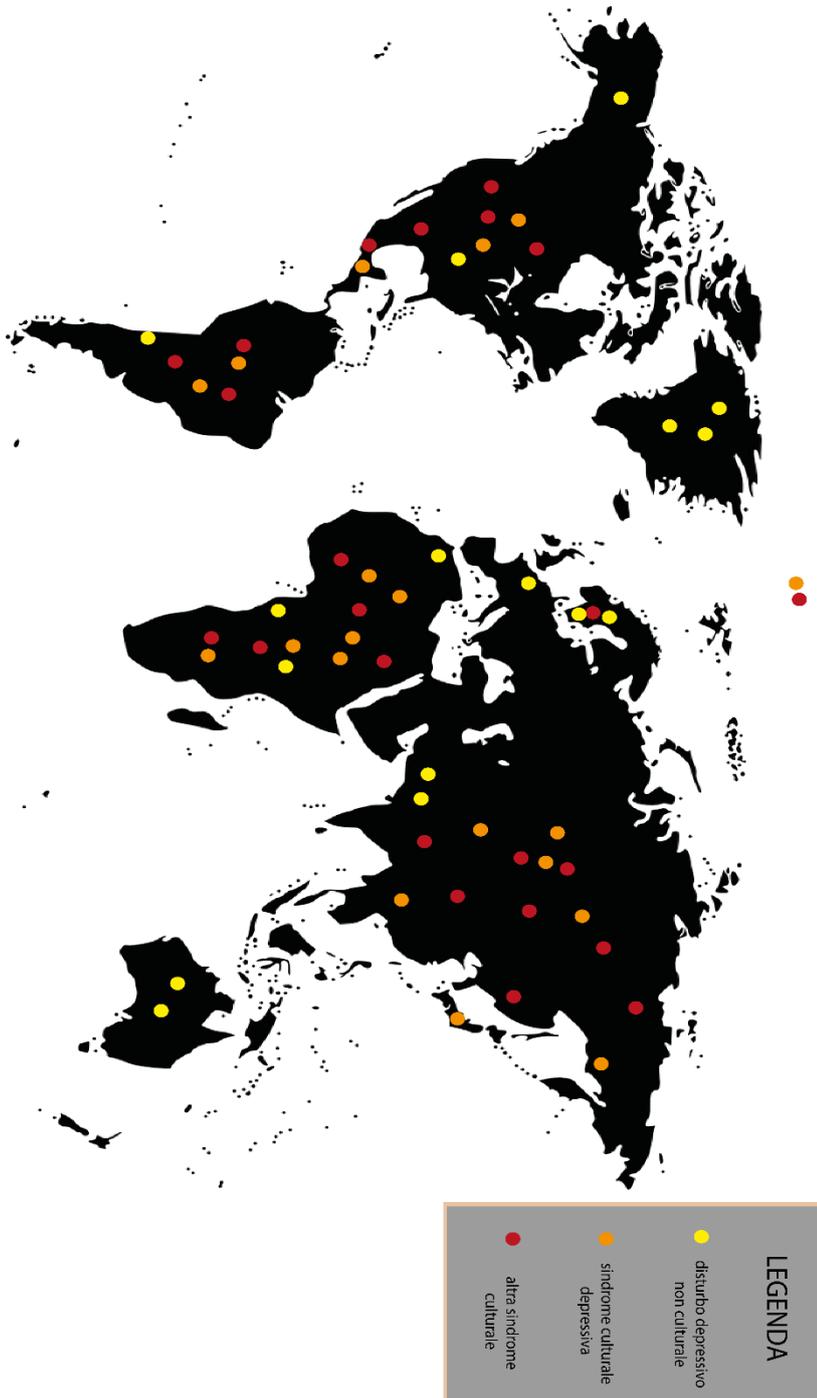
Analisi percentuale dei principali disturbi mentali in Italia e nei Paesi Europei con maggior tasso di depressione (anno 2017).



Fonti: - Ritchie H., Roser M., (2018), Mental Health, in Our world in data, in <https://ourworldindata.org/mental-health>

Figura 1.

Diffusione disturbi psicopatologici nel mondo con riferimento alle culture-bound syndromes.



Fonti: - https://pixabay.com/it/users/Clker-Free-Vector-Images-3736/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=297446>Clker-Free-Vector-Images da https://pixabay.com/it/?utm_source=link-attribution&utm_medium=referral&utm_campaign=image&utm_content=297446>Pixabay; - Ritchie H., Roser M., (2018), Mental Health, in Our world in data, in <https://ourworldindata.org/mental-health>.

2. Il fenomeno migratorio

2.1 La questione della nostalgia

Il fenomeno delle migrazioni si colloca bene nel contesto dell'Etnopsichiatria, dal momento che quest'ultima si occupa della psiche dell'*altro*, considerato dal punto di vista culturale; già storicamente l'altro, ovvero il *diverso*, veniva associato allo straniero, sebbene oggi la globalizzazione e la maggior facilità di spostamento abbiano contribuito a dare una connotazione nuova al concetto di straniero. La tendenza attuale è quella di separare lo straniero proveniente da luoghi più ricchi da quello più povero, che si sposta per necessità più che per desiderio, di attribuire solo a quest'ultimo tratti negativi, frutto di stereotipi, e di dimenticare che sono anch'essi persone, spesso vittime di una sorte sfortunata e di esperienze tormentate.

L'etnopsichiatria gioca, qui, un ruolo essenziale: all'attenzione verso una cultura differente e tutto ciò che essa comporta, nel caso dei migranti si aggiunge un'accresciuta possibilità di sviluppare disturbi psicopatologici, dovuta, appunto, all'insieme di sofferenze che sono costretti ad affrontare costantemente: nella terra d'origine, durante il *viaggio*, una volta giunti nel Paese di destinazione. Allo stesso tempo, la difficoltà sta anche nella prudenza che un buon etnopsichiatra dovrebbe possedere di fronte a situazioni psicologicamente delicate: essa si riflette sia nelle conoscenze relative alla cultura specifica (si pensi alle sindromi culturali) sia nell'approccio terapeutico verso individui che hanno un sistema mentale fondato su basi diverse (si pensi ai demoni del paziente di Beneduce e all'idea del battesimo⁴).

Un aspetto particolarmente importante, da prendere in considerazione, riguarda il tratto nostalgico proprio della gran parte dei migranti. Noi, in effetti, li conosciamo come *immigrati* nel Paese di arrivo; tuttavia, essi sono, prima di tutto, degli *emigrati* dal Paese di partenza. Questi individui si sentono contemporaneamente vittime e carnefici della propria condanna e ciò provoca in loro un sentimento di rassegnazione sull'assenza di un'alternativa. Nel XVII secolo, osservando la condizione di molti soldati, il medico svizzero Höfer utilizza per la prima volta il termine «nostalgia» (dal greco, «dolore del ritorno»). Lo stesso Höfer ritiene, poi, che tale sentimento esprima una «critica sociale» nei confronti delle nuove

⁴ Si veda la nota 16 a pag. 22.

condizioni di vita: i soggetti, cioè, non vogliono abituarsi alle nuove usanze poiché verso di esse provano avversione e disprezzo. Al di là di alcune interpretazioni errate di tale concetto, annunciate nel corso degli anni e dei secoli, in base alle quali la nostalgia non è riconosciuta come una condizione affettiva e psicologica, in molti altri casi il collegamento risulta palese: ad esempio, nelle colonizzazioni in cui i nativi erano trasferiti lontano dalla propria terra natia⁵. Il paradosso osservato dallo psichiatra Antoine Porot è estremamente significativo, in questo contesto: egli nota come tali indigeni siano fortemente legati alla propria terra, nonostante la vita che riescono ad avere in quella stessa terra sia spesso ingrata: persino quando si trasferiscono – o vengono trasferiti – essi si abbandonano al sentimento nostalgico del passato in patria. Negli anni dell'Ottocento, la nostalgia è definita *maladie du souvenir*, ovvero «malattia del ricordo», e successivamente diversi studiosi ne osservano la maggiore incidenza nei soggetti che vivono isolati, poco a contatto con culture diverse. Sebbene in tutti i casi osservati il sentimento nostalgico assuma un'accezione spaziale, è tipicamente il valore temporale quello che provoca il maggior dolore: si ha nostalgia di una terra probabilmente per l'associazione tra di essa e il tempo felice ma *perduto* della propria infanzia o della propria gioventù. Nel contesto degli immigrati, Bachtin definisce la nostalgia un «centro organizzatore di tutti gli eventi»: malgrado la costante incertezza e la paura che accompagna tali soggetti, essi fanno appello allo stesso sentimento nostalgico come se fosse una risorsa; essa rappresenta, infatti, il conforto vitale che li salva dalla solitudine, dalla depressione e dall'eventuale crollo della propria identità. A proposito dell'insicurezza sulla propria stessa identità, l'antropologa Liisa Malkki sostiene che la nostalgia degli immigrati dipenda anche dal «tempo sotto assedio»⁶ a cui sono sottoposti, in particolare nei tempi odierni, ovvero alla costrizione subita nell'attesa di documenti e attestazioni burocratiche durante le quali non conoscono le sorti del proprio viaggio. Gli immigrati, poi, sarebbero in una situazione di bilico anche dal punto di vista culturale: il rischio che corrono è quello di ritrovarsi, contemporaneamente, a perdere la propria conformità alla cultura di origine e a non assorbire del tutto quella di arrivo, ovvero la sensazione di non essere definibile, di essere un «non più e non ancora»: il che può comportare non soltanto nostalgia, bensì perfino un grave squilibrio psicologico o una «doppia solitudine»⁷ (da cui deriva l'importanza del sentimento di solidarietà), che può a sua volta sfociare nel «manque à être»⁸ di Bastide. Data

⁵ In questo senso, la nostalgia è definita una «rivolta silenziosa» (Beneduce, *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, p. 243).

⁶ Espressione di R. Beneduce.

⁷ Espressione di Tahar Ben Jelloun.

⁸ Vedi pag. 25.

l'ambiguità della condizione del migrante, sempre a metà tra i ricordi del passato (e l'incosciente sentimento di rivolta nei confronti delle proprie radici, familiari e culturali, per averlo condotto a una vita così dolorosa, unito alla propensione di non tornarvi) e la novità delle esperienze nel nuovo Paese, l'Etnopsichiatria, che studia tale fenomeno e cerca di risolvere i conflitti ad esso connessi, può essere considerata una «clinica dell'ambivalenza». Per la sensazione di non essere realmente “a casa propria” nel nuovo Paese, gli immigrati trovano conforto nei «valori rifugio» di cui parlava Memmi⁹, da cui un ribaltamento della concezione dei Paesi di origine e di arrivo: se il primo era visto negativamente e il secondo agognato, si giunge alla situazione opposta, dove il primo ha subito un'idealizzazione e il secondo una disillusione. Occorre sottolineare, tuttavia, che la condizione psicopatologica derivata dal sentimento nostalgico è un caso relativamente poco comune: una leggera dose di nostalgia rappresenta uno stato fisiologico (soprattutto nel caso degli immigrati) e persino positivo; molte delle persone considerate, in effetti, riescono ad ambientarsi nel nuovo Paese e ad avere una vita appagante. L'importante è che la nostalgia non si traduca in rimorso. Malgrado all'inizio del '900 la nostalgia fosse definita da molti studiosi la «psicosi degli immigrati», oggi sappiamo che tale espressione è errata da entrambi i punti di vista: non sono soltanto gli immigrati a sviluppare questo sentimento (che pure non è una forma di psicosi), ma essi sono turbati anche da sentimenti diversi. Queste persone, infatti, per il semplice fatto di aver cercato condizioni di vita migliori, arrivano al punto di essere disprezzati e ripudiati da *tutti*: non meritano più la fiducia né da parte della società da cui provengono (la cui invidia è sottilmente espressa nella critica sulla presunta fuga e sull'aver abbandonato ai problemi il proprio popolo e nell'accusa di tradimento) né da parte di quella di arrivo. In particolare, risulta difficile per la società d'origine classificare l'emigrato: egli è costantemente visto come sospetto, che dimentica le proprie radici e non onora più gli antenati; nondimeno la stessa società d'emigrazione è vista, pure, con sospetto. Così, la sensazione intima di essere «non più e non ancora» trova una manifestazione chiara: da timore si trasforma in realtà inesorabile. È in questo contesto che va posta la condizione dei migranti, perché possa essere compresa sia dal punto di vista socioculturale sia da quello psicologico (ed eventualmente psichiatrico). Come avrebbe detto il sociologo algerino Abdelmalek Sayad, infatti, alla base della condizione dei migranti va posto un doppio atteggiamento, contemporaneamente di accusa e autoaccusa, che si inserisce in un contesto generale caratterizzato dal senso di colpa insito nell'atto della migrazione: «colpa,

⁹ Vedi par. 1.6 “Albert Memmi: l'amnesia culturale e i «valori rifugio» dei colonizzati” del Capitolo I, pag. 23-24.

colpevolizzazione e autocolpevolizzazione». Ci si chiede, a questo punto, se realmente sia sufficiente lasciare il proprio paese per essere definiti dei traditori, se questo senso di colpa abbia un fondamento concreto oppure se emerga dal sentimento di frustrazione che il resto della società d'origine indubbiamente prova, dalla gelosia verso "chi ce l'ha fatta". Eppure, i membri di tali società sono a conoscenza delle condizioni di vita che il proprio Paese offre, poiché vi abitano anch'essi; quello che, probabilmente, accade è che l'intensa miseria sperimentata ogni giorno provoca in questi individui un'umiliazione di proporzioni tali da non permettere loro di esprimere supporto e vicinanza morale per chi emigra, sebbene tali sentimenti rappresentino tratti distintivi di molte di queste società. È vero che, durante i periodi di ritorno in patria, molti migranti, dal canto loro, tendono ad ostentare il proprio traguardo, con un atteggiamento che manifesta, in una certa misura, superiorità. Ciò può essere dovuto, tuttavia, alla volontà inconscia di dimostrare a se stessi soprattutto, prima che agli altri, che si è compiuta la scelta giusta e di auto-convincersi di ottenere dei riconoscimenti dopo la fatica impiegata. Se questo non fosse percepito come vero, i migranti finirebbero per rintanarsi in quella condizione estrema di nostalgia (quella che distrugge, invece di salvare) e di svalutazione della propria persona, che può condurre a disturbi psicopatologici più o meno gravi. Si tratta, cioè, di un meccanismo di difesa istintivo e profondo. Da questo discorso risulta fondamentale, quindi, l'importanza dell'ascolto e della comprensione reciproci ed emerge la speranza di sviluppare quel sentimento di empatia che ogni bravo mediatore (indipendentemente dai soggetti tra i quali media) dovrebbe possedere¹⁰. La cultura di appartenenza, infine, può e deve rappresentare una risorsa terapeutica: attraverso di essa, è possibile comprendere, spiegare e curare una condizione psicologica o psichiatrica o anche, semplicemente, un disagio (difficoltà di adattamento professionale e/o relazionale) in maniera molto più appropriata. La formazione cross-culturale, in particolare, è utilissima per discernere il tipo di esperienza passata che ha provocato il disagio e il perché.

2.2 L'immigrazione oggi

Al giorno d'oggi, il fenomeno migratorio è al centro del dibattito italiano, europeo e mondiale (*vedi Tabella 4*). In ognuno di questi contesti, tuttavia, la visione riguardo a tale questione è alquanto diversa. In Paesi come l'Italia, la popolazione è divisa sostanzialmente

¹⁰ Vedi par. 2 "Oltre la lingua: lo sviluppo dell'empatia" del Capitolo III.

a metà: una grande fetta del popolo italiano vede gli immigrati negativamente, come malviventi, criminali, pigri o, al contrario, coloro che *rubano* il nostro lavoro. Queste osservazioni sono irrealistiche; eppure, possono essere comprese (senza per questo essere condivise) alla luce della psicologia e dell'informazione. Questo secondo ambito, almeno nel caso italiano, risulta in larga misura manipolato; i social media non fanno che inasprire l'imbroglio pubblico, che avviene praticamente in qualsiasi contesto. Da quasi 30 anni, ormai, l'Italia ufficiale – e insieme ad essa, gran parte d'Europa – dipinge gli immigrati come se fossero il principale pericolo pubblico, da cui difendersi con tutti i mezzi a disposizione. In realtà, ai governi europei interessa mantenere il fenomeno migratorio – a patto che sia d'accordo con i loro termini¹¹ – per sostenere la concorrenza del mercato.

La cronaca dell'immigrazione, insieme a tutti i dati che la riguardano, fa parte di un rimaneggiamento generale di cui la maggior parte della popolazione non è a conoscenza – o finge di non esserlo – perché la pigrizia rappresenta la via più facile. Allo stesso tempo, i mezzi di comunicazione di massa esistenti oggi forniscono la possibilità di ricercare da sé le informazioni desiderate – Internet è una fonte quasi illimitata di notizie – ma l'ignavia di quella parte degli italiani nel fatto stesso di dover svolgere un'azione in più, in prima persona, permette alle *autorità* di alimentarli con dati rielaborati per fini ignobili. Il bersaglio di tali autorità consiste nella costituzione di stereotipi, ai quali pure la psiche umana è già di per sé suscettibile. Non esiste una strategia che sia da sola in grado di annullare o ridurre significativamente il pregiudizio; occorre ricorrere all'unione di tecniche differenti, adattate di volta in volta al contesto considerato e al tipo di pregiudizi che si hanno di fronte.¹² Una buona tecnica consiste nell'«ipotesi del contatto»¹³, ovvero la messa in contatto, appunto, tra individui di gruppi differenti, di modo che essi possano, autonomamente, rendersi conto della falsità del pregiudizio. Questa teoria è adatta, in particolare, ai casi in cui le persone di gruppi diversi abbiano stesso status e debbano collaborare per la realizzazione di un obiettivo comune. La teoria del contatto è stata rielaborata più volte, estendendosi anche a forme indirette – si avrebbero benefici anche quando, ad esempio, un amico del soggetto prevenuto (e non il soggetto prevenuto stesso) viene in contatto con l'oggetto del pregiudizio, oppure

¹¹ Piuttosto che un'«immigrazione-zero», una «immigrazione a zero diritti», come suggerito da P. Basso e F. Perocco in “Gli immigrati in Europa: diseguaglianze, razzismo, lotte”.

¹² Oltre al pregiudizio esplicito, esiste una forma di pregiudizio definito “implicito” o “inconscio” che non risulta in una manifestazione plateale bensì in sottili comportamenti non verbali che mostrano disagio. Le persone che hanno pregiudizi di questo tipo non ne sono consapevoli; eppure, sono quelli che influenzano maggiormente il soggetto destinatario.

¹³ La teoria risale al 1954 ed è stata formulata dallo psicologo Gordon Allport.

quando si solamente immagina un incontro positivo con quest'ultimo. Nello specifico caso del pregiudizio negli italiani, è sempre appropriato rammentare che il fenomeno migratorio verso l'Italia è un processo recente (ha avuto inizio al principio degli anni '80 del secolo scorso) e che, prima di essere una meta di arrivo, il nostro Paese vedeva il proprio popolo partire – *emigrare* – alla ricerca di fortuna in nuovi territori.

L'ingresso di immigrati in Italia, malgrado l'opinione comune, può rappresentare una vera e propria risorsa. Al di là del discorso della natalità¹⁴, è alla coesione tra popoli e alla solidarietà reciproca che il livello di maturità evoluzionistica raggiunta nel XXI secolo dovrebbe averci condotto, trascendendo l'infantile bisogno dell'avere “tutto per sé” e la prerogativa verso il proprio singolo interesse. Tuttavia, ciò non è riscontrabile, ad esempio, nelle discriminazioni velate che i datori di lavoro italiani fanno nei confronti degli stranieri, cosa che provoca un grado talmente alto di frustrazione in questi ultimi che essi si sentono svalutati e decidono di non investire nella propria formazione (questo atteggiamento, in aggiunta, risulta negativo anche dal punto di vista economico: gli stranieri sono effettivamente preparati nei campi per le cui posizioni si propongono) o in quelle che gli immigrati subiscono da parte della polizia, essendo notevolmente più controllati e più colpevolizzati. A questo proposito, l'opinione universalmente diffusa secondo cui un aumento nel tasso di immigrazione sia associabile a un aumento in quello della criminalità risulta corretta, ma solo tenendo conto del fatto che le stesse mete possano rappresentare un'attrattiva sia per immigrati che cercano lavoro sia per quelli con intenzioni disoneste.

Nello studio di febbraio 2018 della Caritas Italiana “10 cose da sapere su migranti e immigrazione”, gli autori si adoperano per correggere l'errata opinione pubblica nei confronti degli immigrati sfatando, in particolare, 10 luoghi comuni: ne risulta che, in realtà, i salvataggi in mare non aumentano da soli il numero di immigrati, ma che, al massimo, tale azione (che dovrebbe pure essere implicita nella natura umana) evita piuttosto che essi muoiano tentando di giungere alle tanto agognate rive dell'Europa con un gommone. Inoltre, la generale convinzione che essi siano più di quanti possano essere supportati – o sopportati? – nel Paese ospite risulta anch'essa errata, così come quella secondo cui il fenomeno migratorio attuale abbia come destinazione prevalentemente l'Italia, tralasciando gli altri

¹⁴ Blangiardo, G.C. (2008). *Aspetti quantitativi e riflessioni su prospettive e convenienza dell'immigrazione straniera in Italia*. In *Tredicesimo Rapporto sull'Immigrazione 2007* (pp. 41-59). MILANO -- ITA: Franco Angeli. In questo saggio, si contesta la visione dell'ondata migratoria in Italia come risorsa, poiché l'apporto in termini di ripresa delle nascite diventerebbe significativo soltanto con l'ingresso di mezzo milione di immigrati all'anno.

Paesi europei. Un altro mito da sfatare riguarda il fatto che gli immigrati in Italia non paghino le tasse o che ci “rubino” il lavoro: la verità è che, statisticamente, essi si accontentano di svolgere professioni non qualificate a cui gli italiani non si dedicherebbero in ogni caso; questo è uno dei motivi per cui le società sviluppate hanno, in effetti, bisogno del lavoro degli immigrati (si pensi, ad esempio, all’eventualità in cui non ci fossero badanti in Italia). L’idea di aiutarli «a casa loro» è, pure, discutibile: per le ragioni suddette e perché non sempre i Paesi d’origine sono poveri o privi di risorse, dunque lo spostamento può essere volontario. In base alle statistiche raccolte, risulta inesatta anche la generalizzazione che li ritiene malviventi, criminali o persino terroristi e quella per cui l’aumento del numero di immigrati avrebbe comportato un proporzionale incremento della prostituzione. Agli immigrati, poi, non vengono realmente consegnati i famosi 35 euro quotidiani, dal momento che la quasi totalità di tale somma finisce nelle mani delle strutture di accoglienza (il che contribuisce a garantire un mestiere agli *italiani* che vi lavorano). Per quanto riguarda, infine, lo stereotipo sul possesso del telefono cellulare malgrado la povertà dalla quale provengono, si tratta di una questione di priorità: ciò non rappresenta un capriccio (al contrario, una serie di rinunce), bensì fa emergere il bisogno di avere informazioni in tempo reale, soprattutto durante il viaggio, e il desiderio di stare, nonostante tutto, vicino alla propria famiglia.

L’Italia costituisce un caso davvero particolare; il nostro Paese è caratterizzato, infatti, da migrazioni di ogni tipo (*vedi Tabella 5*): le ondate di immigrati che tentano di entrarvi, i molti casi di italiani che effettuano una migrazione interna (di norma dal Sud al Nord) e gli altrettanti casi di italiani che si spostano (ancora oggi) verso terre più avanzate – studenti, giovani lavoratori, anziani in pensione – rappresentando, per i luoghi di destinazione, un’ondata di immigrati. In un certo senso, l’avvento del fenomeno migratorio per come lo conosciamo oggi – ovvero l’arrivo in Italia di individui tendenzialmente del Terzo Mondo – ha modificato i termini di una discriminazione che era già in atto e che separava i settentrionali dai meridionali della penisola. L’atteggiamento delle politiche locali del Centro-Nord consiste nella visione degli immigrati come risorse, pur dovendo restare *inferiori*: piuttosto che di integrazione, si parla di «inclusione subordinata»¹⁵, senza rendersi conto del contributo concretamente portato dagli immigrati nell’ambito della comunicazione o nella creazione di servizi. I centri di accoglienza dovrebbero, quindi, esibire più

¹⁵ Crosta P. L., Mariotto A., Tosi A., (2014), “*Immigrati, territorio e politiche urbane. Il caso italiano*”.

apertamente i risultati delle proprie iniziative, nel tentativo di modificare questo punto di vista.

Anche a livello europeo si osserva un cambiamento sostanziale: negli ultimi decenni a cambiare sono stati tanto i Paesi di origine delle migrazioni quanto quelli di destinazione; in particolare, l'Europa del Sud¹⁶ ha subito la trasformazione più radicale: gli stessi Stati da cui la popolazione emigrava sono diventati quelli verso i quali si dirigono i migranti del Terzo Mondo. Un secondo fenomeno rilevante è rappresentato dallo spostamento delle popolazioni dell'Europa dell'Est verso l'Occidente. Il primo cambiamento ha provocato conseguenze più complesse, date le estreme differenze culturali tra i due tipi di società coinvolti. La storia dell'Europa è, per di più, alquanto complessa e variegata. Ogni Paese ha una propria visione del fenomeno migratorio e tanto il governo quanto gli abitanti mostrano di avere un rapporto con gli immigrati considerabile a sé stante. In generale, però, un cambiamento è avvenuto negli ultimi decenni¹⁷: la costituzione dell'Unione Europea ha condotto a termini ben diversi nella relazione con gli stranieri. Sebbene, per certi versi, l'UE sembri aver aperto i confini tra gli Stati membri e istituito termini ben più solidali (quantomeno di facciata), d'altro canto sembrerebbe aver creato una bolla, chiusa ai cittadini di Paesi che non ne fanno parte. In generale, comunque, sembrerebbe che negli ultimi venti anni la partecipazione nelle attività lavorative da parte degli immigrati sia cresciuta in modo considerevole; la loro presenza nei Paesi stranieri avrebbe incrementato l'economia nell'ambito delle cosiddette «5 T» (Trasporti, Turismo, Telecomunicazioni, Trade e Trasferimento di rimesse). Al di là dei singoli movimenti costituitisi, la cui trattazione va oltre gli scopi di questa tesi, basti osservare che negli ultimi decenni, tanto in Italia quanto negli altri Paesi europei, vi è stata una separazione più o meno netta tra i cittadini «pro-immigrati» e quelli «anti-immigrati»; i primi sostengono l'integrazione e l'estensione dei diritti per *tutti* gli immigrati, mentre i secondi sperano nella chiusura delle frontiere per custodire la propria tradizione culturale.

A livello mondiale, il termine “extracomunitario” non contiene l'accezione negativa riguardo alla presunta illegalità dello stato dell'immigrato (malgrado, nel linguaggio comune

¹⁶ Il «Modello Mediterraneo dell'Immigrazione», applicabile ai Paesi che si sono trasformati da zone di emigrazione in zone di immigrazione negli ultimi 30 anni, prevede che lo sbocco principale per gli immigrati sia costituito dal lavoro agricolo, seguito dall'edilizia (come lavoro *in nero*) e unito al settore dei “servizi alle persone” (tra cui il cospicuo numero di donne nel settore domestico); gli immigrati non riuscirebbero, inoltre, ad accedere alle politiche sociali e l'elevato grado di irregolarità sarebbe da associare al fatto che le norme regolative risultino scarse e restrittive. (Pugliese E., “*Il modello mediterraneo dell'immigrazione*”, 2000).

¹⁷ Ad esempio, il passaggio dal termine tedesco *Gastarbeiter* (il «lavoratore ospite») a quello di *EU worker*, che indica il lavoratore europeo non vincolato ai confini degli stati nazionali. EUROSTAT parla, invece, di *non-nazionali* per indicare comunità di individui con nazionalità diversa da quella del Paese in cui vivono.

italiano, quest'ultimo venga utilizzato in senso dispregiativo e soltanto per gli stranieri che provengono da Paesi meno sviluppati di quello di destinazione). L'ONU definisce il migrante come «qualsiasi persona che si sta trasferendo o si è trasferita, attraversando un confine internazionale o all'interno di uno Stato, lontano dal suo luogo di residenza abituale, indipendentemente (1) dallo stato legale della persona; (2) dal fatto che lo spostamento sia volontario o involontario; (3) dalle cause dello spostamento; (4) dalla durata del soggiorno»¹⁸. Le stesse Nazioni Unite affermano anche «Riconosciamo il contributo positivo dei migranti ad una crescita inclusiva e ad uno sviluppo sostenibile. Inoltre, riconosciamo che la migrazione internazionale è una realtà multidimensionale di grandissima rilevanza per lo sviluppo dei paesi d'origine, di transito e di destinazione, che richiede risposte coerenti e comprensive¹⁹». Il rifugiato costituisce un tipo particolare di migrante che, secondo la Convenzione di Ginevra del 1951, «nel giustificato timore d'essere perseguitato per la sua razza, la sua religione, la sua cittadinanza, la sua appartenenza a un determinato gruppo sociale o le sue opinioni politiche, si trova fuori dello Stato di cui possiede la cittadinanza e non può o, per tale timore, non vuole domandare la protezione di detto Stato».

A conclusione del paragrafo, è utile aggiungere la questione della minaccia all'identità personale. Il fenomeno migratorio, infatti, propone a ciascuno la sfida dell'incontro (e del confronto) con l'altro – il diverso – e questo genera un inconsapevole timore: quello che la propria identità ne esca irrimediabilmente trasformata. Ciò che va compreso nel profondo è che, in realtà, ognuno di noi – esseri umani – fa parte di una identità che trascende i confini nazionali e che risulta in un misto di svariate culture (il cosiddetto *etnorama*).

Tabella 4.

Proprietà dei migranti in funzione della regione di destinazione (2017).

<i>Continente</i>	<i>N. totale (milioni)</i>	<i>% per regione rispetto al totale mondiale</i>	<i>% rispetto al totale popolazione</i>	<i>% donne</i>	<i>Età media</i>
<i>Asia</i>	79.6	30.88	1.8	42.4	35.1
<i>Europa</i>	77.9	30.22	10.5	52.0	42.6
<i>Nord-America</i>	57.7	22.38	16.0	51.5	44.7
<i>Africa</i>	24.7	9.56	2.0	47.1	30.9
<i>America Latina</i>	9.5	3.69	1.5	50.4	35.8
<i>Oceania</i>	8.4	3.27	20.7	51.0	43.9
<i>Italia</i>	5.9	2.29	10.0	54.4	39.2

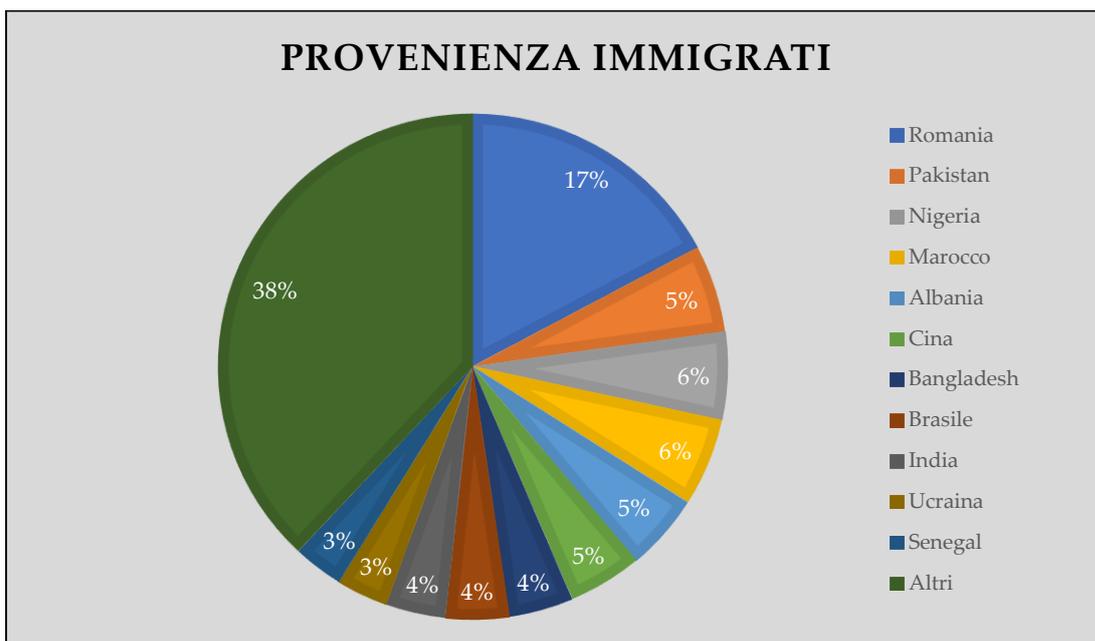
Fonti: United Nations, International Migration Report, 2017.

¹⁸ La traduzione è mia.

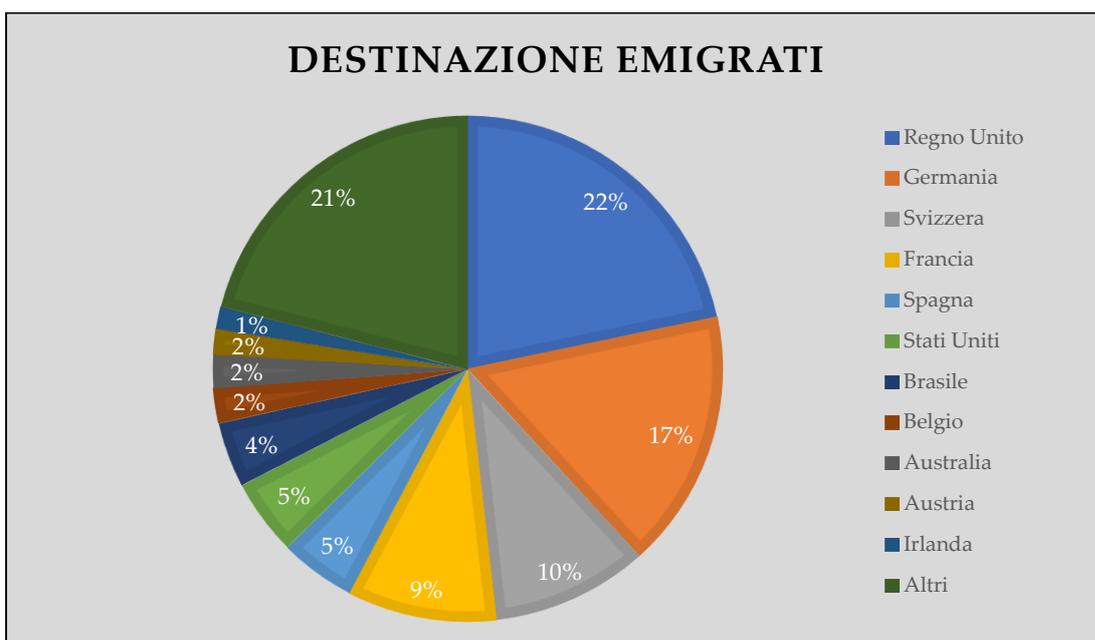
¹⁹ Progetto M.IN.D - *Migration Interconnectedness Development* (dal sito web della Caritas Italiana).

Tabella 5.

Stati coinvolti nella migrazione (con trasferimento di residenza) da e verso l'Italia (2016).



4a. *Principali Paesi di provenienza degli immigrati in Italia.*



4b. *Destinazioni preferite dagli emigranti italiani.*

Fonti: Istat – Report “Migrazioni internazionali e interne della popolazione residente”, 2016 (pubblicazione: 2017).

CAP. III

I CENTRI DI ACCOGLIENZA

Il *viaggio* degli immigrati (dal Terzo Mondo) rappresenta, nella gran parte dei casi, un vero e proprio supplizio; le condizioni in cui essi sono costretti ad attraversare la loro terra prima, la Libia poi, il *Mare Nostrum* e infine parte del suolo ospite – se vi giungono davvero – rasentano i limiti dei diritti umani e, anzi, non li rispettano¹. Sebbene le leggi internazionali del diritto del mare, dei rifugiati, gli stessi diritti umani e il diritto dell'Unione europea si pongano nella direzione della tutela del migrante, appare evidente che esse non siano sufficienti. Il diritto del mare, ad esempio, non solamente obbliga ai salvataggi in mare, ma anche nella maniera più tempestiva possibile; i diritti umani, poi, vietano i maltrattamenti e le torture nei confronti dei rifugiati. Di conseguenza, l'aiuto necessario prescinde dal minor grado di sviluppo di questi popoli: proprio per l'opportunità straordinaria che per loro rappresenta il viaggio, anzi, occorre soccorrerli e proteggerli. Esistono, in effetti, le cosiddette operazioni *SAR* (dall'inglese “*Search And Rescue*”): si tratta di operazioni volte al salvataggio e al recupero di soggetti in difficoltà, e ben si applicano ai casi di immigrati e alla loro tormentata traversata del Mediterraneo, che può svolgersi anche su imbarcazioni – e persino gommoni – decisamente pericolose; al giorno d'oggi, esse hanno luogo soprattutto sulle rive della Libia poiché, dato il numero eccessivo di migranti posti sul gommone, la gran parte dei naufragi avviene in tempi brevissimi.

Il meccanismo del sistema di accoglienza italiano è tutt'altro che semplice. Esistono due tipi di centri di aiuto, numerosi in tutta la penisola (*vedi Tabella 6*): quelli di prima accoglienza e quelli di seconda. Fino a qualche anno fa, i centri di prima accoglienza erano quelli responsabili del primo soccorso, si occupavano cioè dell'identificazione dei migranti e delle procedure necessarie per la domanda di protezione internazionale; il campo di azione di

¹ La portavoce dell'UNHCR Laura Boldrini sostiene: «Tutti indietro, per tutti la stessa soluzione a prescindere dalle cause che stanno alla base della fuga di ciascuno. Sentenza unica e sbrigativa, senza appello. Se sei in mezzo al mare perché nel tuo Paese infuria la guerra, poco conta. Se sei su un gommone perché restare a casa significa essere torturato, fa lo stesso. Da questa parte del Mediterraneo i distinguo non contano più. [...] Le persone respinte, inclusi i bambini, finiranno in un centro di detenzione in Libia e lì vi rimarranno per mesi o forse per anni ma, sia chiaro, non hanno commesso alcun crimine. Sono soltanto esseri umani che non hanno il privilegio di poter vivere a casa propria e cercano altrove pace e sicurezza. Le persone respinte, inclusi i bambini, hanno inoltre buone chance di essere rimandate indietro, ma questa volta più a Sud, in mezzo al deserto». (Boldrini L., *Tutti indietro*, Milano, Rizzoli, 2010).

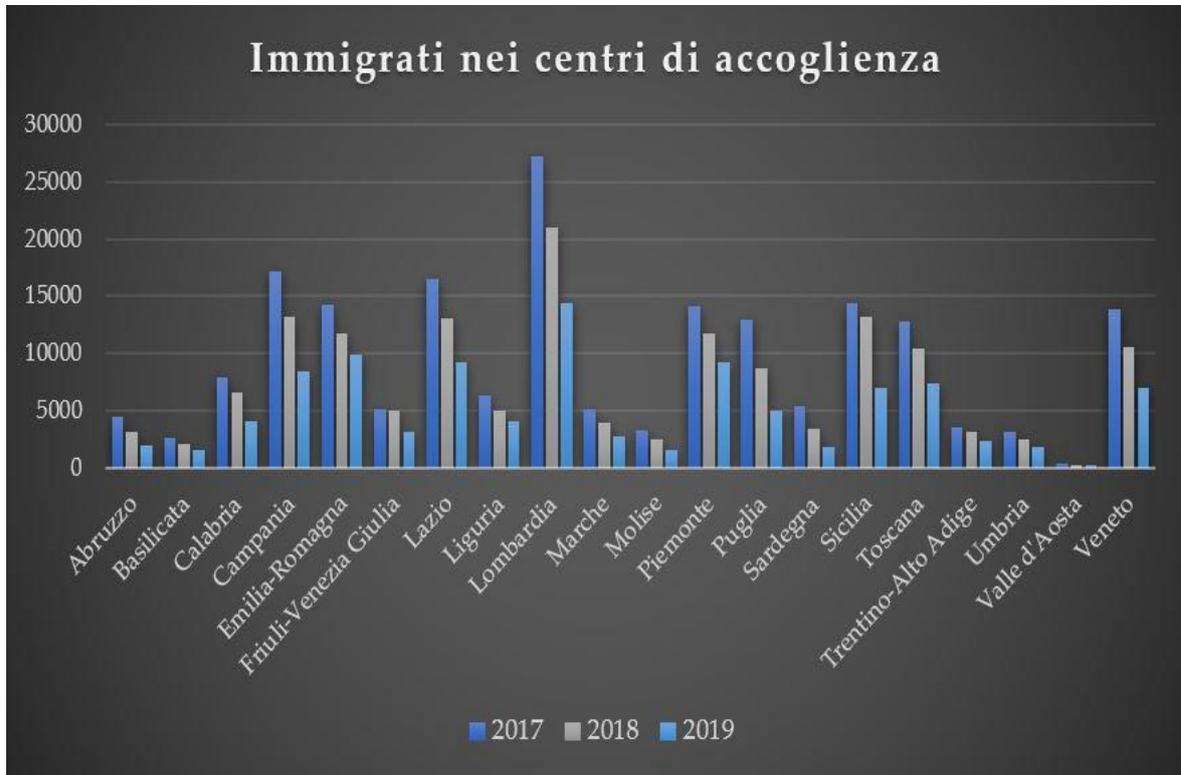
questo tipo di centri, tuttavia, è stato modificato recentemente per i problemi a livello comunale: i comuni, infatti, tardavano ad accettare gli immigrati nei propri territori. Si è passati, quindi, dagli SPRAR (Sistemi di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) ai CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria) che, pur essendo centri di prima accoglienza, ospitano gli immigrati anche per tempi lunghi. Prima ancora di arrivare nei centri di prima accoglienza, i migranti passano fino a 48 ore nei cosiddetti “Hotspot”, centri in cui vengono controllate le loro condizioni di salute. Chi non fa domanda di asilo viene condotto in un CPR (Centro di Permanenza e Rimpatrio); gli altri, prima o poi, arrivano in uno dei centri di seconda accoglienza. Con l’ultima riforma, i centri SPRAR sono diventati i SIPROIMI (Sistemi di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati); questi, tuttavia, sono orientati unicamente verso gli immigrati a cui è stata accettata la domanda di asilo: tutti gli altri restano nei centri di prima accoglienza. Gli enti locali possono ottenere risorse proponendo progetti che rispettino l’«accoglienza integrata» ovvero la costruzione di una rete locale che permetta l’integrazione della comunità straniera da tutti i punti di vista. Tali enti si occupano della ricerca di alloggi – che possono ospitare più o meno persone per un periodo di sei mesi oppure un anno – e di assicurare agli immigrati beni e servizi di prima necessità. Ma quello che risulta davvero importante – non superfluo – è il successivo supporto per un’integrazione concreta (a livello burocratico, scolastico e professionale), per il quale occorre personale che comprende professioni di vario tipo; una di queste, di capitale importanza, è rappresentata dalla figura del mediatore culturale, di cui si parlerà approfonditamente.

Un’ultima analisi relativa ai centri di accoglienza riguarda la piattaforma *Hi Here*² che, sulla base dell’evoluzione del modello SPRAR, tenta di modernizzare il rapporto tra i migranti e i centri di accoglienza (italiani), sostenendo i primi nell’ambito dei secondi. La piattaforma è nata dalla collaborazione tra il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (FESR) dell’Unione Europea, il Ministero dello Sviluppo Economico e la Provincia Autonoma di Trento e si occupa di informare (attraverso articoli digitali in diverse lingue) in campi quali il diritto d’asilo, il permesso di soggiorno e l’integrazione, fornisce una panoramica dell’accoglienza in tutta Italia e riunisce graficamente la rete degli Enti coinvolti.

² Vedi par. 3 “Analisi dei percorsi attuali” del prossimo Capitolo.

Tabella 6.

Numero di migranti ospitati nelle strutture di accoglienza italiane anche nell'ambito del Sistema di protezione richiedenti asilo e rifugiati (Sprar), per regione e per anno.



Fonti: Ministero dell'Interno, "Sbarchi e accoglienza dei migranti: tutti i dati", Cruscotto statistico giornaliero: Cruscotto statistico al 31 ottobre 2017, Cruscotto statistico al 30 settembre 2018, Cruscotto statistico al 15 agosto 2019.

1. Le figure professionali

All'interno dei centri di accoglienza ai migranti, sono molteplici e diversificate le figure professionali che vi operano, sebbene, in alcuni casi, uno specifico tipo di operatore si ritrovi a dover svolgere anche attività aggiuntive che non gli competono, pur di mantenere funzionale l'intera struttura. L'area dell'accoglienza, in effetti, comprende un vasto repertorio di servizi, tendenzialmente gestiti da personale differente:

- l'accoglienza e il servizio sociale, area che include anche le attività di orientamento e di ascolto;
- la mediazione;
- le attività gestionali-relazionali (ovvero i lavori di sensibilizzazione);
- l'ambito socioeducativo;
- l'inserimento lavorativo;
- l'assistenza sanitaria di base.

Tutti questi servizi possono essere inclusi in tre grandi macroaree. La prima di queste riguarda le attività di gestione, ovvero tutto ciò che ha a che fare in maniera *generica* con la struttura in sé: di questa categoria fanno parte l'accoglienza e la registrazione dei migranti, i servizi di distribuzione di cibo, abiti e di lavanderia, la consegna dei beni, la logistica del centro e la gestione amministrativa – intendendo con questo termine l'insieme delle attività legate all'organizzazione del personale, alla pulizia del centro, all'aspetto finanziario e ai rapporti con le istituzioni. La seconda macroarea, invece, consiste nell'assistenza alla singola persona e comprende il sostegno psicologico (di supporto sia ai migranti sia agli altri operatori) e quello psicosociale (relativo, ad esempio, all'insegnamento della lingua del Paese ospite e all'organizzazione di attività da svolgere nel tempo libero); in questa macroarea sono presenti, inoltre, il servizio di ricongiungimento familiare, l'insieme delle informazioni e della documentazione relative agli aspetti giuridici (lo status di rifugiato, i diritti umani e quello di asilo, la protezione umanitaria) e la mediazione linguistico-culturale (la quale, appunto, non dovrebbe consistere unicamente in un lavoro di interpretariato e di traduzione ma anche di comprensione ed esplicitazione del contesto culturale da cui il migrante proviene). La terza e ultima macroarea, poi, concerne il campo dell'assistenza sanitaria, che va dalla medicina generica al primo soccorso di ogni singolo migrante. Esistono, di conseguenza, operatori nel settore dell'accoglienza più o meno specifici; ognuno

di essi può essere incluso in una delle aree di servizi appena citate. Nell'area della gestione, sono presenti un responsabile, gli addetti alla segreteria e quelli per la gestione dei beni, gli operatori logistici, quelli per la registrazione e l'accoglienza e quelli per la distribuzione dei pasti. Il personale incluso nell'area di assistenza risulta, intuitivamente, composto dalle figure dello psicologo, del mediatore linguistico e culturale, dell'educatore e dell'assistente sociale, del consulente giuridico, dell'operatore RFL³ e, infine, dell'insegnante di italiano. L'area sanitaria, per concludere, comprende infermieri, medici anche specialisti e operatori BLS⁴.

1.1 Personale di gestione

Responsabile: questo operatore si occupa della gestione amministrativa, ovvero la formulazione di un regolamento che tutti gli altri operatori sono tenuti a rispettare e che riguarda la sicurezza, gli orari, i comportamenti, i diritti e doveri dei migranti, le attività da svolgere per ciascuna area, la fornitura di alloggi, il pagamento delle utenze e la pulizia di tutti gli spazi della struttura. A coordinare le mansioni del responsabile, è presente, di norma, un servizio di segreteria.

Operatore logistico: si tratta della figura più importante nell'ambito dei luoghi fisici da allestire per accogliere i migranti. Questi ultimi, infatti, dovrebbero essere ospitati in alloggi dedicati, con servizi igienici funzionanti e spazi dedicati ad attività specifiche, come un'area mensa, una per la preghiera e una dotata di rete Internet.

Addetto alla registrazione e all'accoglienza: si occupa di rilevare ed inserire nel database la documentazione dei migranti – dati anagrafici, documento di ammissione e assegnazione dell'alloggio precedente – e di assegnare a ciascuno di essi un badge di riconoscimento e un nuovo alloggio, tenendo in considerazione le caratteristiche dello specifico migrante e il suo stile di vita. Questo operatore, inoltre, consegna agli ospiti i beni di prima necessità e prende la loro firma per la liberatoria sul trattamento dei dati personali.

³ L'operatore RFL si occupa della ricerca e del ricongiungimento familiare; dall'acronimo inglese «*Restoring Family Links*», ovvero «Ripristino dei Legami Familiari».

⁴ Dall'acronimo inglese «*Basic Life Support*», ovvero «Supporto di base delle funzioni vitali»; con questo termine, si indica l'insieme delle manovre di primo soccorso da effettuare in caso di perdita di coscienza del paziente.

Addetto alla distribuzione dei beni: si occupa della registrazione di ogni movimento relativo al magazzino dei beni – la data di consegna, il tipo e la quantità dei beni, l’incidenza economica – e di organizzare un punto di distribuzione automatica di alcuni beni di seconda necessità.

Addetto alla distribuzione dei pasti: si occupa dell’allestimento della mensa e della preparazione dei pasti (a volte affidati a servizi di catering), tenendo conto delle abitudini alimentari e della fede religiosa degli ospiti. Questi ultimi possono essere inclusi nell’organizzazione delle attività della mensa, purché essi si offrano come volontari.

Addetto alle pulizie: si occupa dell’allestimento e del mantenimento di un’area lavanderia e di fornire agli ospiti un kit per l’igiene e per la pulizia degli alloggi.

1.2 Personale di assistenza

Psicologo: si occupa di seguire il singolo ospite nelle varie fasi del suo percorso all’interno del centro – dall’ingresso all’uscita – permettendo l’emersione di eventuali traumi e il loro superamento. Lo psicologo può essere di tipo individuale, di gruppo oppure specifico per categorie particolari.

Assistente sociale: il supporto fornito da questo operatore è di tipo emotivo ma anche pratico. Egli ascolta i bisogni del migrante e lo indirizza verso le attività che reputa migliori per lui e/o verso altri operatori professionali. Risulta utile, per un centro d’accoglienza, dotarsi anche di assistenti sociali specializzati nell’ambito dei minori.

Organizzatore di servizi per il tempo libero: si tratta di un animatore socioculturale per servizi di vario tipo (attività sportive, giochi per bambini, laboratori).

Insegnante di italiano: organizza e gestisce i corsi per imparare la lingua del Paese ospite.

Operatore RFL: è l’operatore che si occupa della ricerca delle persone che, per ragioni diversificate, sono state separate dalla propria famiglia; l’obiettivo ultimo è, chiaramente, il ricongiungimento con quest’ultima.

Educatore professionale: si occupa di garantire all’ospite l’inclusione sociale, ovvero l’inserimento e un rapporto felice con la collettività in cui vive (nel centro di accoglienza, in appartamenti, nella sfera pubblica).

Consulente giuridico: per merito di questo operatore, gli ospiti sono a conoscenza dei propri diritti e dei propri doveri nella nuova società di cui fanno parte e delle ragioni per le quali si sia creata, nei loro Paesi di origine, una situazione tale per cui sono stati costretti alla fuga. Egli si occupa anche di formare il singolo migrante, sia dal punto di vista della ricostruzione della memoria (della propria storia), sia da quello dell'orientamento.

Esperto dell'inserimento lavorativo: costruisce la fiducia dell'ospite e ne aumenta la consapevolezza dei diritti sociali, oltre ad aiutarlo nella preparazione del curriculum vitae e di futuri colloqui di lavoro.

Accompagnatore sociale dell'abitare: aiuta i soggetti nella ricerca di un alloggio adeguato alla loro situazione, sia privata che finanziaria.

Mediatore linguistico-culturale: ha spiccate doti comunicative; egli riesce a comprendere le esigenze dei migranti, grazie alla conoscenza della lingua in cui questi ultimi si esprimono meglio e del contesto culturale da cui provengono. Fondamentalmente, si tratta di intermediari, tanto tra gli ospiti e la nuova realtà che stanno affrontando, quanto tra gli stessi ospiti e gli altri operatori con cui hanno a che fare all'interno del centro di accoglienza. Dal momento, dunque, che questo tipo di operatore dovrebbe essere presente in maniera pressoché costante e rappresenta una fonte di supporto agli altri operatori professionali in quasi ogni attività, egli merita un discorso più accurato.

1.3 La figura del mediatore culturale

Al giorno d'oggi, la questione su chi sia il mediatore culturale e quali siano le sue funzioni all'interno della società è ancora molto viva. Non è chiaro a tutti, in effetti, se esso rappresenti una sorta di traduttore che si concentra sull'elemento linguistico oppure, al contrario, se tale figura indichi il tentativo di unificare due diverse visioni di un dato argomento. Il termine mediazione vuol dire, letteralmente, «stare nel mezzo»; in esso è contenuta, pure, una connotazione storicamente positiva, poiché colui che mediava conduceva ad un accordo (tra Paesi, tra capi di Stato, tra governo e popolo – il *cultural broker* era colui che mediava fra autorità coloniali e popolazione locale – e così via). L'utilità riconosciuta alla mediazione è ancora la stessa, sebbene oggi vada analizzata più in una

prospettiva *cross-culturale*⁵. Il mediatore è stato, per lungo tempo, un tecnico della lingua, pur senza l'opportunità di mettere del proprio nella propria professione: la traduzione linguistica doveva essere eseguita alla lettera, in maniera il più possibile oggettiva, eccetto che per le cosiddette "frasi idiomatiche"⁶. La situazione è tuttora riscontrabile in Italia, paese in cui i numerosi flussi di migranti hanno comportato una vasta necessità di mediazione e in cui, tuttavia, i mediatori coinvolti si sono adoperati per tradurre la lingua degli stranieri e non, come accade nei Paesi anglofoni, per fornire servizi pubblici a gruppi culturalmente differenti. Eppure, la stessa Unione Europea si concentra sul raggiungimento di un accordo tra due parti controverse, quando parla della figura del mediatore culturale nella direttiva del 2008. Ne deriva l'importanza di questa professione non solamente a livello linguistico, quanto a livello comunicativo, dove per comunicazione si intende anche lo scambio di opinioni, idee, paure e, in generale, visioni del mondo che possono essere anche molto differenti. Ancora in molti casi, tuttavia, al mediatore non è concessa la possibilità di mediare in senso cross-culturale; in queste condizioni, ciò che egli può fare per aumentare la propria professionalità è «tradurre in modo *mindful* piuttosto che *mindless*»⁷. Infatti, invece di tradurre meccanicamente un'espressione in modo letterale, in molti contesti occorre modificare l'espressione stessa – ad esempio, quando essa rappresenta un "culturema"⁸. Secondo il *Cultural Knowings Framework* di Moran, le conoscenze interculturali che un mediatore deve possedere sono relative alle informazioni culturali, alle pratiche generali e della vita quotidiana, alle credenze e alla consapevolezza riguardanti sia la propria sia l'altra cultura. Questo è particolarmente vero in contesti complessi, quali quelli scolastico e psicoterapeutico, in cui la gestione delle interazioni tra stranieri e operatori risulta molto delicata. In questi casi, appunto, potrebbe esserci la necessità (ed è, in ogni caso, vantaggioso) di avere a disposizione un mediatore interculturale che sia in grado di guidare la relazione tra le due parti. Il mediatore dovrebbe essere, inoltre, sempre molto attento

⁵ Mentre l'«inter-culturalità» rappresenta un'interazione e uno scambio bidirezionali che comportano una modifica collettiva dei soggetti coinvolti, il termine «cross-culturalità» indica un rapporto professionale, grazie al quale le parti coinvolte comprendono e accettano le differenze, in grado di generare un cambiamento individuale. La visione cross-culturale consiste nella ricerca dell'armonia tra le diverse caratteristiche culturali che sussistono all'interno di una relazione interculturale.

⁶ Una frase idiomatica è un'«espressione complessa di una lingua non interpretabile letteralmente, un modo di dire, una frase fatta» (Enciclopedia Treccani).

⁷ Tradurre in modo consapevole piuttosto che meccanico. Parole di D. Katan, in *La mediazione linguistica interculturale. Il mediatore culturale e le sue competenze*, p. 367.

⁸ I culturemi sono gli elementi specifici di una cultura. Dal punto di vista linguistico, costituiscono dei termini che, tradotti letteralmente, risultano sbagliati oppure carenti di un'accezione importante nella cultura di origine. L'intraducibilità è dovuta alla mancanza dell'esatto oggetto di traduzione nella lingua di destinazione, proprio perché specifico della cultura di partenza.

all'aspetto della fiducia: è fondamentale che lo straniero, soprattutto nel caso degli immigrati dal Terzo Mondo, si senta a proprio agio nel raccontare vicende che possono essere anche molto imbarazzanti e dolorose. Per farlo, il mediatore deve conoscere (ed essere sempre disposto ad imparare) tutto ciò che riguarda la cultura straniera con cui ha a che fare, ma anche, prima di tutto, egli deve conoscere perfettamente la propria cultura e la propria lingua e, poiché nessun individuo è naturalmente esperto di ciò fino al punto di trasmetterlo a chi non ne sa nulla, è opportuno che, nel proprio percorso formativo e personale, il mediatore apprenda anche le proprie "radici". Inoltre, egli dovrebbe essere consapevole dell'ambiguità del concetto stesso di cultura: essa rappresenta un sistema dinamico, che si modifica in relazione alle altre culture con cui viene in contatto; il professionista è, da un lato, informato sull'eventuale ibridazione della personalità dello straniero e, dall'altro, aperto all'idea che la propria stessa visione possa essere modificata dall'incontro con altre culture. Maggiore è il grado di apertura mentale del mediatore, maggiore il beneficio, per tutti. Dal punto di vista culturale, il mediatore diventa un po' come quei ricercatori e quegli etnologi che trovavano estremamente complesso non farsi condizionare dal proprio oggetto di studio, che si riscoprivano cambiati da questo e che, talvolta, sviluppavano una tale empatia⁹ da non essere in grado di continuare la propria ricerca senza influenzare, essi stessi, i risultati del lavoro in corso. Beneduce¹⁰ si riferisce alla figura del mediatore sostenendo che egli non sia un ponte che congiunge due rive bensì il fiume stesso che vi scorre nel mezzo. L'antropologo italiano giunge ad affermare, nel contesto più strettamente riconducibile alla mediazione a contatto con gli immigrati, che l'etnopsichiatria della migrazione rappresenti di per sé un «complesso dispositivo di mediazione», il quale potrebbe addirittura essere realizzato senza la necessità del mediatore linguistico, a patto che si verifichi il salto necessario per raggiungere una lingua straniera a partire dalla propria – quello che l'antropologa Cristiana Giordano definisce «rito della traduzione» - trasformando entrambe le lingue dall'interno senza, tuttavia, cancellarne le divisioni. Il dispositivo di mediazione di cui parla Beneduce (nell'ambito dell'etnopsichiatria) necessita, per essere realizzabile, di alcune regole: innanzitutto, lo psicoterapeuta deve comprendere di non essere l'unico a esercitare potere sulla relazione con il soggetto ma che la presenza di un mediatore sia, effettivamente, in grado di incrementare i processi di transfert e controtransfert, i quali devono restare, tuttavia, supportati dallo psicoterapeuta stesso; sia i mediatori sia gli psicoterapeuti devono studiare la teoria relativa alla traduzione; lo psicoterapeuta deve sperimentare pazienza e accettazione

⁹ Vedi il paragrafo 2 di questo capitolo.

¹⁰ In *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*, p. 293.

nei momenti antecedenti alla traduzione, quando, cioè, il mediatore si confronta direttamente con il paziente nella lingua di quest'ultimo; l'analisi congiunta di mediatori e psicoterapeuti deve aiutare il paziente a comprendere gli stessi meccanismi culturali che lo caratterizzano, fino a renderlo capace di modificarli (la «dimensione della terzietà»); deve sussistere una relazione di apertura e fiducia anche tra mediatore e psicoterapeuta, prima ancora che nel loro rispettivo rapporto con i soggetti stranieri. M. Byram, infine, schematizza tutte le competenze che un buon mediatore culturale dovrebbe possedere: oltre a una vasta conoscenza culturale, egli deve essere un buon traduttore, nonché un buon comunicatore (con elevate doti di attenzione – o sintonia –, ascolto, riflessione e manifestazione delle intenzioni), deve saper generare empatia e sinergia, essere autonomo, curioso, tollerante nei confronti della diversità e dell'ambiguità, rispettoso, emotivamente forte e deve credere sinceramente nella cross-culturalità.

Nel confronto con la situazione presente in altri Stati europei¹¹, emerge un forte bisogno comune di approfondire la formazione del mediatore, oggi impegnato in numerose attività, anche piuttosto delicate, dovute anche all'estensione del fenomeno migratorio. In tutti i Paesi, la mediazione è vista come l'insieme di capacità comunicative che conducono a una migliore comprensione e alla corretta gestione di conflitti multietnici. Le differenze sostanziali non sono strutturali, bensì dovute alla diversa composizione della popolazione locale e alla geografia dei processi migratori. Il mediatore viene visto come un interprete da ognuno dei Paesi analizzati, tranne il Regno Unito (forse a causa della diffusione della lingua inglese), mentre è riconosciuto come mediatore sociale soltanto in Francia, Regno Unito e Germania. L'Italia e la Spagna sono gli unici Paesi in cui esistono veri e propri percorsi universitari nel campo della mediazione.

Inoltre, è opportuno considerare l'apporto alla mediazione contemporanea fornitaci da Albie Davis. Al contrario dei colleghi E. Green e L. Susskind – che si sono occupati del ruolo del mediatore, rispettivamente, nell'ambito delle controversie di affari e di quelle dell'ordine pubblico (Susskind ha avuto l'idea di creare degli uffici statali di mediazione, molti dei quali in uso ancora oggi) – la Davies si è dedicata alla mediazione nei programmi comunitari e giudiziari, concentrandosi in particolare sul fenomeno del bullismo. In generale, però, la mediatrice sostiene che la professione che ella stessa svolge funzioni meglio quando si

¹¹ Report di ricerca *“Il mediatore culturale in sei Paesi europei”*, frutto della collaborazione tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, l'Unione Europea e l'Isfol, a cura di S. Casadei e M. Franceschetti. I sei Paesi esaminati sono: Italia, Francia, Germania, Grecia, Regno Unito e Spagna.

mantiene sulla semplicità e sull'umanità, conservando il rispetto nei confronti di tutte le parti coinvolte. Il mediatore deve possedere una naturale predisposizione verso la risoluzione dei conflitti, con l'obiettivo di sviluppare una nuova etica con una visione innovativa del mondo, fondata sulla cooperazione e sul perdono. Si tratta, in ogni caso, di un contributo prettamente teorico, seppure di grande rilevanza, e non di uno strumento pratico di formazione.

1.4 Personale sanitario

Operatore socio-sanitario (OSS): si tratta di una figura professionale a metà tra l'ambito sociale, di cui si è parlato nelle pagine precedenti, e quello più strettamente sanitario. L'obiettivo dell'OSS è quello di aiutare gli ospiti a raggiungere un sufficiente grado di benessere e di renderli dei soggetti indipendenti; egli è a contatto con altri operatori, quali psicologi, infermieri ed educatori per risolvere eventuali problematiche di disagio mentale, di salute o di socializzazione.

Operatore di primo soccorso: si occupa dell'approccio sanitario di prima accoglienza ai migranti, oltre che di eventuali problematiche gravi ed improvvise, come, ad esempio, perdite di coscienza (si pensi all'operatore specializzato BLS).

Infermiere: svolge le regolari attività relative al suo campo professionale; tuttavia, rispetto alla norma, dovrebbe incrementare le proprie abilità comunicative e le virtù di calma e pazienza e dovrebbe apprendere il contesto sanitario di provenienza dell'ospite.

Medico: vale un discorso analogo a quello fatto per l'infermiere; esistono due livelli di assistenza sanitaria del medico, ovvero quello di base e quello specialistico. Le specializzazioni più richieste nei centri di accoglienza risultano dermatologia, infettivologia e pediatria.

Psichiatra: si tratta di un operatore la cui presenza nei centri di accoglienza non è necessariamente prevista. Tuttavia, può essere molto utile nei casi di forte disagio mentale e si occupa della ideazione e della gestione di un percorso adeguatamente personalizzato in funzione del paziente specifico.

1.5 Carenza di alcune figure e importanza della formazione etnopsichiatrica

Nel *Manuale Operativo per l'attivazione e la gestione di servizi di accoglienza integrata in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria*, approvato dal Ministero dell'Interno italiano nel settembre 2015, si legge: «Trattandosi di un'accoglienza di persone provenienti da differenti Paesi e contesti, lo psicologo deve avere una formazione e un background lavorativo di stampo “trans-culturale/etnopsichiatrico”» e ancora, a proposito della figura dello psichiatra: «così come si è accennato sopra in merito allo psicologo, [lo psichiatra] deve avere una formazione e un'esperienza di stampo “trans-culturale/etno-psichiatrico”». Secondo il Manuale, queste due figure risultano fondamentali nell'ideazione di un percorso costruito su misura per l'ospite, per quanto riguarda l'accoglienza e l'inclusione, ma anche per la riabilitazione del soggetto e nella previsione e nella programmazione delle operazioni da svolgere con i soggetti fragili nei casi di emergenza. L'importanza dell'etnopsichiatria cresce nei casi in cui si abbia a che fare con individui particolarmente vulnerabili. In effetti, la disciplina etnopsichiatrica risulta molto utile – insieme alla mediazione interculturale – per comprendere le esigenze degli ospiti: questo obiettivo è più facilmente raggiungibile se si conoscono le abitudini di un certo popolo e i principi che ne regolano la vita personale e sociale; in questo modo, è anche possibile adottare delle tecniche terapeutiche alternative e più efficaci.

Tuttavia, un problema attuale è costituito dal fatto che manchino o risultino insufficienti alcune delle figure professionali indispensabili per un approccio adeguato nei confronti degli ospiti dei centri di accoglienza. In particolare, i primi di novembre del 2018, l'allora ministro dell'Interno italiano ha presentato un nuovo schema di Capitolato per la gestione e il funzionamento dei centri di accoglienza, approvato pochi giorni dopo. In questo schema, oltre alle modifiche relative alla struttura dei centri stessi – menzionate nella trattazione generica sui centri di accoglienza – e alla riduzione della quota pro-capite pro-die, è prevista l'esclusione di ogni tipo di attività inclusiva per i migranti, quali l'insegnamento della lingua italiana, il volontariato, l'accompagnamento nella richiesta d'asilo e l'orientamento nell'inserimento sociale. L'accoglienza ai migranti si trasforma, dunque, in una limitatissima distribuzione di cibo e di brandine. Non solo si riduce il numero di posti disponibili per i migranti tanto nei centri piccoli quanto in quelli medi e grandi, ma quel che è peggio è che non vengono più rispettate neppure le proprietà umanamente adeguate ad un giusto servizio di accoglienza per quei pochi migranti che riescono ad essere accolti in un centro. Effettivamente, i tagli hanno riguardato anche le professionalità che opera(va)no nelle

strutture in questione: sono stati totalmente esclusi i servizi offerti dagli psicologi e fortemente ridotti quelli a carico degli assistenti sociali e dei mediatori culturali: se per lo psicologo si passa dalle 12-24 ore settimanali precedenti alle 0 ore settimanali programmate dello schema di Capitolato di cui si sta parlando, nel caso dell'assistente sociale si raggiunge un massimo di 20 ore alla settimana, che rappresenta quasi la metà delle 36 ore settimanali precedenti; i tagli al mediatore culturale sono altrettanto impressionanti: le 36-54 ore settimanali passate sono rimpiazzate da un numero pari a 10-24. Ulteriori tagli sono stati approvati anche nel caso del personale sanitario (il che rende la situazione pericolosa anche per chi non vive nel centro di accoglienza): se, prima dello schema, le figure dell'infermiere e del medico erano presenti 24 ore su 24 – almeno per i centri più grandi – oggi essi hanno un obbligo lavorativo settimanale nei centri di accoglienza di 0-6 e di 0-24 ore, rispettivamente. Anche i restanti tipi di figure coinvolte hanno subito tagli in termini di ore lavorative, tagli che hanno interessato persino la figura del Direttore (o Responsabile).

Considerata la situazione attuale dei centri e degli operatori nel settore dell'accoglienza, dovuta anche alle variazioni legislative, risulta ancora più importante la collaborazione tra tutte le figure rimaste per rendere il più efficace possibile l'inclusione dei migranti. Poiché non è più presente la figura dello psicologo ed è carente quella del mediatore, sarebbe opportuno che tutti gli operatori coinvolti potenziassero le proprie conoscenze e competenze in ambito etnopsichiatrico, attualmente scarse a causa della diversità dei percorsi formativi istituiti per le varie professioni implicate. È proprio questo lo scopo per cui sarà costruito, in questa sede, un sito web dedicato a tutti gli operatori nel settore dell'accoglienza, con particolare attenzione nei confronti del mediatore culturale, che rappresenta il collante di tutta la struttura: accrescere la consapevolezza psichiatrica ed antropologica ed imparare a gestire adeguatamente gli ospiti, che vanno ascoltati ed accolti nel miglior modo possibile, a dispetto di qualsiasi tentativo di ostacolare la solidarietà dei diritti umani.

2. Oltre la lingua: lo sviluppo dell'empatia

Piero Coppo, nelle sue *Etnopsicoterapie*, si chiede se sia possibile intervenire da un punto di vista psicoterapeutico all'interno di un *setting* transculturale. A suo avviso, tale intervento risulta molto complesso, poiché uno psicoterapeuta che contribuisca positivamente deve essere un esperto di ciò che sta analizzando. Essere un esperto di transcultura vuol dire conoscere perfettamente molteplici culture, allo stesso tempo: questo è, chiaramente, tutt'altro che semplice. Per risolvere questo problema, esistono, secondo Coppo, tre possibili funzioni che lo psicoterapeuta può decidere di svolgere. La prima di queste funzioni è basata su un processo di acculturazione, ovvero l'esperto tratta il paziente straniero come se facesse parte della propria cultura; in questo caso, egli deve essere chiaro su tali intenzioni. La seconda funzione, al contrario, prevede il trattamento del soggetto avvalendosi di continui rimandi alla cultura di quest'ultimo, in particolare a mo' di esempio (questo atteggiamento, tuttavia, presuppone che lo psicoterapeuta conosca la cultura di riferimento). La terza funzione, infine, è proprio quella relativa alla costruzione di un *setting* all'interno del quale siano presenti anche altre figure, quale, appunto, quella del mediatore, che siano esperte di un certo campo rilevante ai fini del trattamento del soggetto. Il *setting* che ne risulta è definito *multiplo*, essendo costruito sulla collaborazione tra operatori professionali di stampo differente, ognuno dei quali riconosce l'importanza degli altri. Quest'ultima funzione risulta, comprensibilmente, la più corposa ed efficace: è utile e necessario dotarsi di appositi mediatori culturali, che sappiano con la giusta specificità com'è più opportuno trattare un soggetto appartenente a una certa cultura. Dal discorso di Coppo, si evince nuovamente la vastità del ruolo di mediazione, che va molto oltre l'aspetto linguistico. Quello che il mediatore riesce a fare – e che gli altri operatori, tra cui gli psicoterapeuti, non sono sempre in grado di fare – è un lavoro di sensibilità emotiva: si avvicinano al soggetto da un punto di vista umano, la conversazione che intraprendono con lui può trasformarsi in una chiacchierata, e in questo processo di scambio tra pari si colloca la questione dell'empatia¹². Tra le abilità di interazione (o *skills of interacting*) che Byram assegna al mediatore ideale, è infatti presente la «Presa di Prospettiva», che equivale proprio alla capacità del mediatore di creare empatia. Sebbene sia possibile imparare ed utilizzare

¹² Letteralmente, “sentire dentro”; l'empatia è la «capacità di comprendere lo stato d'animo e la situazione emotiva di un'altra persona, in modo immediato, prevalentemente senza ricorso alla comunicazione verbale. È, quindi, la capacità di porsi nella situazione di un'altra persona o, più esattamente, di comprendere immediatamente i processi psichici dell'altro» (Enciclopedia Treccani).

una lingua straniera senza sviluppare empatia verso l'altro (lo straniero, appunto), i mediatori esemplari sono quelli in grado di porre le basi per un rapporto con il soggetto basato sulla fiducia, manifestando la propria sincera attenzione e una vicinanza nei confronti di quest'ultimo. Inoltre, essi riescono a modificare il registro comunicativo utilizzato in funzione dell'interlocutore e della situazione particolari, oltre che del contesto: egli sa scegliere le "parole giuste" per raggiungere il massimo grado di accordo, senza provocare fraintendimenti o sofferenza nel soggetto (ad esempio, nel caso di immigrati, la tendenza è quella di rievocare esperienze passate infelici, in risposta alle quali il mediatore offre anche conforto). L'empatia può essere imparata e praticata da chiunque; sebbene per alcune persone essa rappresenti un processo cognitivo innato e naturale, è possibile esercitare tale sentimento fino a controllarlo in funzione del contesto: ciò, oltre ad evitare estremizzazioni del sentimento stesso, come esaurimenti nervosi e depressione, risulta un utilissimo strumento a disposizione dei mediatori culturali, nonché degli altri operatori nel settore dell'accoglienza. Esistono numerose teorie alla base dei meccanismi empatici: la riparazione dei «difetti del Sé» da parte del terapeuta (Kohut), la «simulazione incarnata» dei neuroni specchio (Gallese), l'unione delle tre componenti dell'empatia: affettiva, cognitiva e motivazionale (Hoffman)¹³, ed altre. L'empatia, dunque, gioca un ruolo essenziale nella professionalità degli psicologi e psichiatri e in quel rapporto di comprensione reciproca e di scambio interculturale che dovrebbe incarnarsi nel concetto di mediazione. Poiché alcuni disturbi psichiatrici sono altamente diffusi tra i migranti (e l'empatia rappresenta una via per affrontare efficacemente questi disagi) e poiché, come si è visto, la presenza di tutte queste figure professionali è messa a rischio dalle ultime leggi italiane, è importante che anche gli altri operatori sviluppino un sentimento di questo tipo.

¹³ Per Kohut, l'empatia rappresenta uno strumento terapeutico fondamentale: attraverso la comprensione empatica, l'analista riesce a comprendere gli errori e i disturbi del paziente, ritrovandoli riflessi momentaneamente nella propria psiche.

La teoria di Gallese considera il concetto di "simulazione incarnata" per indicare un meccanismo motorio, durante il quale l'azione dei neuroni previene le elaborazioni di tipo cognitivo. I neuroni specchio sono quelli che si attivano non solo durante un'azione del soggetto, ma anche quando la stessa azione viene svolta da una persona che il soggetto sta osservando.

Secondo la teoria di Hoffman, le prime manifestazioni del sentimento empatico risalgono ai primi giorni di vita degli esseri umani ed esso si organizza, successivamente, in diverse forme. All'inizio la componente più rilevante è quella affettiva (o emotiva), coesistendo con quella cognitiva andando avanti nello sviluppo dell'individuo; la terza componente, quella motivazionale, è la più matura: il soggetto decide di essere empatico per poter eseguire un intervento di aiuto.

3. Le problematiche del cambiamento

I cambiamenti che si stanno verificando all'interno del settore dell'accoglienza sono molteplici; il più delle volte, tuttavia, essi non rappresentano un effettivo perfezionamento della situazione dei migranti né delle strutture: risulta sempre più complesso, con lo scorrere degli anni, apportare miglioramenti alla condizione degli ospiti nel nostro Paese. Raffaele Bracalenti, psicoanalista e Presidente dell'Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali (IPRS) con sede a Roma dal 1987, intraprende un interessante discorso sul tema del cambiamento¹⁴ – con particolare riferimento a quello stimolato dalla *mente* – che diventa l'obiettivo primario di molte categorie di persone. Come succede per i genitori che cercano di plasmare i figli a loro immagine (che, a loro avviso, rappresenterebbe un miglioramento), anche nel caso degli educatori si ha una tendenza simile: questo si riflette nei luoghi in cui essi operano e sulle persone che tentano di educare. Il desiderio di trasformazione nei confronti delle persone, più che di determinate situazioni, caratterizza in maniera forte anche gli psicologi e psichiatri, figure che attraversano – o, almeno, lo facevano fino a pochissimo tempo fa – i centri di accoglienza italiani. La difficoltà e, forse, anche la problematica principale che si ha nel contesto del cambiamento è rappresentata dal fatto che, di norma, il soggetto che intende modificarne un altro (essendo quest'ultimo l'oggetto del cambiamento) lo fa «secondo le proprie aspettative», senza poter, d'altra parte, prevedere i risultati di tale trasformazione. Uno dei fattori che questo tipo di figure professionali e, per estensione, tutti gli operatori dei centri d'accoglienza dovrebbero tenere costantemente in considerazione è l'effettiva richiesta di aiuto in direzione del cambiamento che gli ospiti possono aver compiuto o meno. Accade spesso che la richiesta avvenga perché i soggetti in questione si ritrovino immersi in condizioni ripetitive che, appunto, non riescono a modificare senza un aiuto esterno; naturalmente, chi fa richiesta spontaneamente adotterà una modalità di reazione differente rispetto a quella di chi viene aiutato *senza averlo chiesto*. In entrambi i casi, comunque, l'approccio degli operatori dovrebbe essere delicato e comprensivo: comportamenti che possono apparire come testardi o irragionevoli acquisiscono un senso logico ed emotivo se posti all'interno della corretta sfera culturale di ciascun ospite. Di nuovo, si osserva l'importanza della conoscenza dello specifico sfondo da cui provengono i migranti, ovvero dello studio della disciplina etnopsichiatrica da parte degli operatori. In generale, reiterare gli atteggiamenti che fanno parte della propria persona rimane un

¹⁴ In una puntata di “Persone”, andata in onda su Rete Sole nel dicembre 2017.

atteggiamento piuttosto comune, così come la ripetizione di abitudini che fanno parte della propria cultura. L'operatore esemplare dovrebbe porsi su un piano culturale superiore, che prescindendo, cioè, dalle proprie considerazioni personali e coinvolgere tutti i possibili modi di vedere un certo argomento. Chiaramente, in molti casi la questione non è tutta culturale: esistono situazioni in cui occorre considerare anche altri fattori, come la costituzione fisica dell'ospite, le sue abitudini alimentari, la sua storia personale; l'operatore non può pretendere che egli *cambi* tutto ciò da un momento all'altro, poiché ne risulterebbero turbati tanto il suo corpo quanto la sua mente. D'altro canto, non risulta neppure corretta la concezione di tale cambiamento come una costrizione morale: l'approccio più opportuno consiste nel guidare, nell'accompagnare il migrante nel suo percorso di adattamento – più che di trasformazione – alla nuova realtà che egli *vuole* sentire come propria. Di conseguenza, sia che si occupi dell'ambito comportamentale sia che si occupi di risolvere disagi psichici, l'operatore del centro d'accoglienza deve essere ben disposto verso la comprensione e l'accettazione del diverso, anche quando egli esprima comportamenti che sembrano totalmente illogici; un esempio che ben si applica a questo discorso è quello relativo ai migranti arabi che hanno subito un lutto: non è raro che gli operatori notino, tra questo gruppo di ospiti, il gesto, apparentemente assurdo, di provocarsi spontaneamente e ripetutamente tagli sulle braccia. La realtà di quei popoli, tuttavia, stabilisce, per superare momenti tragici – quali i lutti – modi neanche troppo lontani dall'immaginazione occidentale, una volta che, invece di avanzare giudizi avventati circa una follia superficiale, ci si ragiona; il risultato è che gli appartenenti all'educazione di certi Paesi arabi abbiano, in effetti, la tendenza culturale a preferire il dolore di tipo fisico rispetto al dolore psicologico (o – come direbbero loro – al «dolore del cuore»): è come se, ferendosi il corpo, concentrassero l'energia psichica coinvolta nel dolore su queste ultime lesioni, riducendo l'attenzione relativa alla sofferenza emotiva¹⁵.

Un'altra riflessione importante di Bracalenti è quella relativa alla concezione duplice di cambiamento: esiste la trasformazione esterna, improntata all'avventura e al superamento dell'insofferenza che deriva dalla ripetizione di ciò che è noto (lo psicoanalista fa riferimento, qui, al poema epico dell'Odissea), ma il cambiamento può anche «accadere internamente».

¹⁵ In effetti, studiare l'anatomia, le malattie fisiche e psichiche, la fisiologia del dolore e sperimentare sul corpo umano è, da sempre, permesso dalla religione islamica. Per i musulmani, il dolore è in grado di temprare lo spirito ed elevare la propria spiritualità (ma non di redimere l'anima). Il dolore fisico è visto positivamente, perché in grado di avvertire della presenza di un disagio; dunque, esso non deve essere nascosto. Sebbene l'arabo offra, tendenzialmente, diversi termini per indicare uno stesso concetto, nel caso del «dolore» esiste soltanto il vocabolo «'alam» o «'الم».

L'operatore del centro d'accoglienza ha, di norma, a che fare con persone che hanno già subito un'alterazione radicale dal punto di vista esterno; quello a cui molti professionisti non danno il giusto risalto è il concomitante o conseguente mutamento che i migranti possono attraversare nel profondo, dal punto di vista interiore. Tuttavia, la possibilità di cambiamento rimane, nella maggior parte dei casi, una proprietà positiva dell'essere umano, una qualità: è in tal modo che gli uomini – dato il loro corpo *imperfetto*, come avrebbe detto il filosofo tedesco Arnold Gehlen citato da Bracalenti – riescono nell'impresa di trasformare il mondo in funzione della propria imperfezione, piuttosto che adattarsi ad esso come se fossero guidati semplicemente dall'istinto. Proseguendo il discorso, lo psicoanalista nota quanto siano differenti le concezioni occidentale e orientale del cambiamento: è quasi come se la volontà di trasformazione rappresentasse una sorta di «malattia dell'Occidente», dal momento che in Oriente o nelle tradizioni monastiche lo scopo dell'arte (e della vita) non consiste nell'innovazione, bensì nel riproporre la perfezione già raggiunta in precedenza. Queste differenze culturali vanno tenute a mente dall'operatore, il quale deve anche mantenere un elevato grado di plasticità mentale nel saper riconoscere ed associare i vari simboli attraverso cui si sviluppano il discorso e il comportamento di ciascun migrante. Un ulteriore fattore che l'operatore deve considerare è la tendenza attuale degli esseri umani – indipendentemente, questa volta, dalla loro provenienza – ad incontrare una certa difficoltà nella costruzione della propria identità sociale, ovvero nell'instaurazione e nel mantenimento dei rapporti interpersonali, data la forte dispersività e l'eccessiva fluidità delle reti relazionali odierne, condizionate, a loro volta, dalle nuove modalità di sviluppo della tecnologia. Un aiuto nelle varie sfaccettature del cambiamento affrontate, che vengono incontrate quotidianamente dagli operatori nel settore dell'accoglienza, è fornito dalle numerose iniziative programmate dal centro IPRS stesso, come corsi di formazione, convegni, articoli esplicativi. Nell'articolo *“Il sostegno psicologico per i richiedenti asilo e per i rifugiati”* del 2016, ad esempio, si sottolineava l'importanza dell'intervento degli operatori nella definizione del percorso di ciascun migrante, che deve essere, pure, rimodellato di continuo; tale intervento, tuttavia, può risultare «disfunzionale», ovvero può acuire il disagio psichico, la sensazione di inutilità e la vulnerabilità del migrante, al quale è chiesto di rievocare ripetutamente il proprio doloroso passato, senza che egli venga effettivamente aiutato a superarne il tormento: questo accade quando il sistema d'accoglienza risulta frammentato e non si ha la giusta coesione tra i vari operatori coinvolti, oppure quando non è presente un sostanzioso contributo da parte di psicologi e psichiatri. In effetti, dal XXIV Rapporto ISMU sulle Migrazioni (del 2018), risulta che i migranti richiedenti protezione internazionale in

Italia siano caratterizzati da disagi prevalentemente psichici, mentre non rappresentano una minaccia dal punto di vista sanitario. Per realizzare, al contrario, un valido servizio di accoglienza, sono necessarie azioni multidisciplinari, personalizzate e focalizzate al raggiungimento dell'autonomia degli ospiti e alle loro opportunità future, con particolare attenzione, dal punto di vista psicologico, alle fasi di ingresso e di uscita dal centro di accoglienza; naturalmente, da parte loro, gli ospiti hanno il compito di mostrarsi proattivi nei confronti delle attività e del personale del centro evitando, quindi, sia posizioni di ribellione sia quelle di dipendenza. Nel convegno finale SE.SA.MO. del 2018, invece, si è parlato della diffusione dei disturbi mentali tra i migranti; si può osservare come un numero compreso tra il 5 e il 25% dei migranti sia in effettive condizioni psicopatologiche; inoltre, l'isolamento dei centri – dovuto alle scarse relazioni tra di essi e i restanti servizi territoriali – comporta una riduzione dell'equilibrio psichico e dell'autonomia degli ospiti. Sempre nel 2018, durante l'iniziativa «*Creare reti per gli immigrati*» del progetto CREI, sono state ideate delle linee d'intervento che si focalizzano su un sistema di accoglienza che si sviluppi in senso inclusivo, sfruttando le «azioni di comunità», ovvero la costruzione di relazioni sociali, con l'obiettivo di guidare il migrante nel suo cammino verso la piena «rivalutazione del sé».

Nel complesso, le problematiche più diffuse all'interno delle strutture di accoglienza e nelle relazioni tra i migranti e gli operatori – al di là degli aspetti legislativi e politici – risultano legate principalmente alla difficoltà che i professionisti incontrano nel tentativo di far rispettare agli ospiti un sistema di regole, proprio perché questi ultimi sono, solitamente, abituati a vivere in maniera diversa; in ogni caso, alcune delle regole imposte in certi centri risultano eccessive secondo una parte degli operatori: ad esempio, i precoci orari di rientro nella struttura possono far nascere negli ospiti un sentimento di privazione della propria libertà in quanto adulti. Una problematica altrettanto significativa riguarda la disillusione che i migranti attraversano una volta giunti in quello che, nel momento della partenza, ritenevano una sorta di giardino dell'eden; le aspettative degli ospiti sono, almeno all'inizio, talmente alte che risulta difficile gestirle correttamente: pur essendo sinceri circa le condizioni del Paese ospite, gli operatori devono cercare di mantenere viva la speranza in entrambe le parti.

4. Strumenti esistenti

Dai paragrafi precedenti, risulta più che opportuno che gli operatori professionali nel settore dell'accoglienza possiedano conoscenze e competenze specifiche ma eterogenee. Per quanto riguarda le conoscenze, sebbene spesso tali figure abbiano diversi anni di studio alle spalle, le informazioni che hanno acquisito nel corso di questi anni non contemplano alcuni degli ambiti inclusi nella disciplina della *Etnopsichiatria*, ritenuta, per le ragioni argomentate in precedenza all'interno di questa tesi, un campo di importanza capitale quando si ha a che fare con individui stranieri. Comprensibilmente, non si può pretendere che un operatore faccia propri ambiti che presuppongono una durata e una sfera conoscitiva totalmente a sé: nessuno sosterebbe, ad esempio, che un mediatore debba essere, contemporaneamente, anche un antropologo e uno psicoterapeuta o viceversa. Il punto che si vuole qui affermare è che, sebbene questi professionisti collaborino già con le altre figure, è opportuno che tutti condividano, almeno parzialmente, uno stesso linguaggio. Al di là della cultura personale e della soggettiva propensione alla lettura, all'informazione e alla formazione nella propria e, soprattutto, nelle altre discipline, la speranza è quella di accogliere all'interno dei corsi di laurea e di quelli professionalizzanti per ognuna delle figure nel panorama dell'accoglienza anche dei riferimenti etnopsichiatrici, utili agli operatori contemporanei. Poiché tali riferimenti risultano inadeguati e gli strumenti di formazione allo studente (prima) e specialmente al professionista (dopo) scarseggiano¹⁶, si proverà qui a ideare uno strumento di supporto nuovo e al passo con i tempi.

¹⁶ Sebbene uno strumento utile dal punto di vista dell'integrazione nei centri di accoglienza italiani sia rappresentato dalla piattaforma *Hi Here*, di cui si è parlato nella parte introduttiva di questo capitolo.

Cap. IV

Dalla ricerca all'azione: le carenze strumentali

Nei capitoli precedenti, ci si è occupati di trattare l'aspetto teorico relativo alla disciplina etnopsichiatrica e alle diagnosi di disturbi e sindromi depressive diffusi in Occidente e non solo. Le molteplici teorie illustrate all'inizio di questa ricerca hanno costituito la base su cui collocare gli studi successivi, ovvero quelli dedicati prevalentemente ai dati statistici. Una volta compreso il terreno di indagine ed analizzate diverse tabelle, è emersa la necessità di focalizzare l'attenzione su un target ben definito: gli operatori dei centri di accoglienza, in particolare italiani. Sono state esaminate le principali figure che è possibile ritrovare all'interno di tali contesti e i principali problemi che intercorrono tra di esse e i migranti ospitati dalle strutture; a questo punto, si è resa indispensabile un'indagine più approfondita sugli attuali percorsi esistenti a sostegno degli operatori nel settore dell'accoglienza, per comprendere quanto essi siano effettivamente supportati nei compiti che svolgono, in particolare dal punto di vista tecnologico.

Il contenuto di questo capitolo comprende la descrizione della ricerca svolta, un'analisi degli strumenti già disponibili, le carenze riscontrate e gli obiettivi pratici che ne sono scaturiti. Nei capitoli successivi, verranno trattati gli sviluppi e i risultati di tali obiettivi.

1. La ricerca

1.1 Contesto

La psicoterapia transculturale e lo studio storico dei disturbi depressivi costituiscono la base sulla quale è stata realizzata la presente ricerca di tesi. A partire da tale analisi teorica, si è passati a una categorizzazione della ricerca, attraverso una rassegna dei principali disturbi – quelli presenti nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* – e delle sindromi culturali più rilevanti; in entrambi i casi, è stato preso in esame unicamente il campo dei disordini di tipo depressivo: un'analisi di ogni categoria sarebbe risultata eccessiva, pur

rappresentando una estesa area di miglioramento da sviluppare, eventualmente, in futuro. La scelta relativa alla depressione è stata dovuta al maggior grado di diffusione¹ e di criticità attuale sia nelle società occidentali sia nelle altre culture. In particolare, è stata svolta una ricerca preliminare abbastanza approfondita anche nell'ambito del fenomeno migratorio odierno.

La prima parte della ricerca ha fornito le principali teorie da cui è emersa la necessità di considerare il contesto culturale di provenienza di ciascuna persona e, in special modo, dei migranti che giungono in Italia dopo viaggi estenuanti e che possono portare con sé – o sviluppare successivamente – dei disagi psichiatrici di tipo depressivo. In effetti, a partire dal bisogno di comparazione tra i disturbi presenti in diverse parti del mondo da parte di Kraepelin, Fanon rappresenta lo studioso che, prima – e più – degli altri, ha tentato un approccio completamente diverso nei confronti delle società tradizionali: la diagnosi deve essere, secondo lui, «situazionale», ovvero deve tenere in considerazione la storia della persona che si ha di fronte e le peculiarità della cultura a cui tale persona appartiene. Nonostante ciascuna società faccia, inevitabilmente, apparire strane le usanze delle società *altre*, occorre che chi lavora con membri di società diverse dalla propria abbia molti riguardi verso il contesto culturale di tali società, proprio perché la tendenza alla diffidenza è reciproca e, ciononostante, va superata. Collomb e Coppo hanno fornito spunti fondamentali nella riflessione sulle altre culture e sulla propria, rispettivamente. L'analisi degli studi di Memmi, poi, ha incanalato questa riflessione nell'ambito del fenomeno migratorio attuale: mentre gli studi di altri autori hanno condotto all'approfondimento delle sindromi culturali e all'importanza della connessione tra psichiatria ed etnologia, l'«amnesia culturale» di Memmi ha reso indissolubilmente legata la colonizzazione degli studi precedenti alle migrazioni odierne. Le sindromi culturali da un lato – che, come si è visto, rappresentano disturbi psicologici o psichiatrici più che fisici – e l'esame della condizione del colonizzato, tanto quanto quella del migrante, dall'altro, lasciavano aperta la questione su quanto e come questi fattori fossero effettivamente affrontati nelle strutture d'accoglienza, da parte degli operatori. A questo punto, si è passati dalla ricerca teorica e da quella statistica alla situazione attuale di chi tratta questi temi nella quotidianità; per tale motivo, è stata esaminata la condizione, concreta ed emotiva, dei migranti e, successivamente, sono state considerate le figure che operano nei centri e che costituiscono il target di questa ricerca. In particolare, da

¹ Il sito web dell'Associazione di familiari per la Salute Mentale “La Tartavela Onlus” sostiene che, nel 2002: «in 13 mila casi la principale causa di morte è direttamente correlata alla presenza di disturbi depressivi» nel mondo.

queste ultime analisi risulta evidente un problema di non poco conto: gli operatori, come si vedrà poco più avanti, non dispongono di strumenti idonei a colmare le carenze conoscitive e del metodo di approccio altamente sensibile che solo un bravo psicologo – non più presente nei centri di accoglienza, in base agli ultimi regolamenti legislativi – può avere. Per colmare tale carenza, si prenderà la strada tecnologica (dell'informatica e dell'animazione), dal momento che è quella ormai più vicina a tutti. Internet è, al giorno d'oggi, universalmente conosciuto al punto che risulta difficile farne a meno; esso può essere utilizzato in maniera semplice, rapida, gratuita ed efficace essenzialmente da chiunque, in qualsiasi momento ed in qualsiasi luogo. La piattaforma web, creata per rispondere alle problematiche appena viste, infatti, vuole rappresentare una soluzione pratica per gli operatori che desiderano – e che, in ogni caso, dovrebbero – informarsi meglio in ambito etnopsichiatrico e sviluppare migliori doti comunicative nei confronti dei migranti, dopo la comprensione della cultura specifica di provenienza di questi ultimi. Essa sarà strutturata in modo chiaro ed usabile, con attenzione anche all'aspetto estetico in modo tale che possa risultare gradevole: questa proprietà dovrebbe spingere gli utenti a ritornarvi volentieri, ad arricchire la propria formazione e, di conseguenza, il rapporto con i migranti e la condizione di questi ultimi. Come si è visto, fortunatamente esistono diversi strumenti tecnologici di supporto ai migranti; la mancanza a cui si vuole sopperire con il sito web – e il video informativo – realizzato alla fine di questo percorso riguarda, in primo luogo, il supporto agli operatori dell'accoglienza.

In conclusione, l'unione dei vari punti di vista – della psicoterapia transculturale, della storia della depressione, della diagnosi dei disturbi psichiatrici depressivi, della rilevanza del contesto culturale da cui possono nascere specifiche sindromi – insieme a una ricerca statistica relativa ai tassi di disagio psichiatrico, connesso o meno alle migrazioni, ha condotto alla necessità di uno strumento informativo, utile soprattutto agli operatori nel settore dell'accoglienza e della mediazione *inter* (o meglio: *cross*) culturale². Di conseguenza, il contesto risulta quello relativo agli sviluppi attuali della psicoterapia transculturale, le cui teorie fondamentali sono rielaborate in chiave moderna (relativa, in particolare, al fenomeno migratorio) e in funzione della figura dell'operatore dell'accoglienza, al quale, infine, verrà fornito un nuovo strumento – *Éthnos* – per migliorare l'esperienza conoscitiva di tutti.

² Vedi nota n. 5 a pag. 80.

1.2 Obiettivi

Lo scopo iniziale della ricerca in sé è consistito nella comprensione di se e quanto il contesto e le caratteristiche ambientali e culturali del popolo a cui si appartiene influenzino, effettivamente, l'instaurarsi di uno specifico disturbo mentale e di come, nei vari casi, esso vada trattato. Le questioni principali poste al principio della ricerca hanno riguardato le differenze a livello psichiatrico tra le varie società. L'analisi preliminare – trattata finora – ha permesso di constatare l'impatto significativo di tali aspetti. Ci si è domandati se la trattazione dei disturbi depressivi dal punto di vista occidentale fosse una costante rispetto a quelli che affliggono le popolazioni tradizionali; ipotizzando una risposta negativa, è stata svolta una ricerca sui tipi di disordini in entrambi i casi: l'ipotesi è risultata corretta, per cui si è proceduti all'individuazione della possibile ragione di ciò. In particolare, sebbene i disturbi in sé possano essere considerati simili o addirittura identici tra le varie culture, tale non è la risposta che ad essi viene data, tanto dai pazienti quanto dalla struttura terapeutica: in funzione della società di appartenenza, infatti, mutano sia il riconoscimento e lo sviluppo del disturbo, sia la valutazione e la modalità di cura adoperate per affrontarlo. Questo è evidente nella costituzione delle sindromi culturali, le quali possono sembrare irragionevoli da un punto di vista esterno (si pensi alla credenza che il *Dhat* possa essere curato tramite il matrimonio, alle caratteristiche del bambino *nit ku bon* o alla convinzione, da parte dei malati di *Ode ori*, di avere nel proprio corpo degli organismi striscianti), ma che appaiono perfettamente comprensibili alla luce delle tradizioni di alcuni Paesi dell'Africa o dell'Asia. Le difficoltà si incontrano anche in senso opposto: ad esempio, la reclusione sociale tipica della sindrome dell'*Hikikomori* potrebbe raramente colpire membri di comunità africane che vivono costantemente nella collettività e che fanno dei rapporti interpersonali il fondamento della propria tradizione. Dunque, nonostante i sintomi siano comuni nei vari casi dal punto di vista psicologico (disturbi occidentali e cultural-bound syndromes condividono stati di depressione, di ansia, di paranoia e così via), ogni cultura si differenzia nell'esternare i sintomi. L'altra differenza, come detto, risulta nelle tecniche terapeutiche: psicoterapia e psicofarmaci per il mondo occidentale, erbe e stregoneria per le società tradizionali. È importante, quindi, che l'operatore occidentale non si lasci influenzare dalle proprie abitudini nell'approccio e nella valutazione dei migranti e che cerchi di adottare il loro stesso linguaggio culturale: spesso, le incomprensioni non nascono dalle differenze linguistiche, bensì da quelle culturali. La questione si è incentrata, appunto, sulla cultura come probabile causa delle differenze nello sviluppo dei disturbi; poiché lo sviluppo e il trattamento

variavano nei differenti ambienti culturali (si pensi alla magia), il problema principale della ricerca stessa è diventato il seguente: come può un operatore, appartenente a una società non originaria, non inceppare in errori di valutazione e di terapia, pur mantenendo la diversità? La risposta consiste, essenzialmente, nella necessità di aumentare la consapevolezza da parte di tutti e, in particolare, dei mediatori. In seguito all'analisi dei percorsi attualmente esistenti per favorire la consapevolezza negli operatori, è emersa una forte carenza nelle competenze etnopsichiatriche, per quanto riguarda l'ambito formativo, e nella disponibilità di strumenti volti a colmarla, per quanto riguarda la concretizzazione di determinati principi; l'obiettivo si è trasformato, dunque, nell'ideazione di uno strumento utile, che potesse fornire una formazione in maniera rapida ma specifica su questi argomenti, consultabile costantemente e in modo flessibile, con il fine ultimo di migliorare le condizioni lavorative degli operatori – e le condizioni di vita dei migranti – e, di conseguenza, di permettere una convivenza ottimale, basata sulla comprensione reciproca. Lo strumento scelto è rappresentato dal sito web, che permette anche di organizzare e mostrare eventi non solo per aumentare le competenze personali sull'argomento, ma anche per confrontarsi direttamente con stranieri e/o soggetti affetti da un disturbo mentale. Un'ulteriore speranza risulta nella possibilità futura di collaborare con i centri di accoglienza per migranti.

1.3 Target

La ricerca è stata rivolta, in modo rilevante, alla comprensione del vissuto esperienziale di culture differenti, con particolare attenzione ai migranti e al rapporto tra essi e gli operatori occidentali – siano essi prettamente psichiatri, mediatori, antropologi oppure operatori sociosanitari – che si trovano a lavorare con loro. Sono proprio questi ultimi a rappresentare il target della presente analisi e, soprattutto, della piattaforma web creata di conseguenza. L'utilità della ricerca e dello strumento è evidente nell'unificare l'ambito di competenze di ciascuno degli operatori citati: ognuno di essi, infatti, può formarsi, seppur in maniera decisamente parziale, nei campi propri degli altri tipi di professionalità, senza sostituirne il valore ma migliorando il risultato del proprio lavoro. Scendendo ancora di più nello specifico, la presente tesi è orientata ai mediatori cross-culturali che, al giorno d'oggi, necessitano di conoscenze che vanno molto al di là dell'area linguistica – che rimane comunque rilevante. Si è potuto mostrare che non esistono strumenti intuitivi e unificativi per questo scopo: *Éthnos* rappresenta una proposta in tal senso. L'approccio sarà leggermente differente in base all'operatore che utilizza la piattaforma: l'obiettivo è

formativo dal punto di vista culturale e professionalizzante per gli operatori, mentre rimane strettamente informativo per i lettori interessati, che non si occupano di queste materie a livello lavorativo. Effettivamente, l'idea è che il sito si sviluppi in senso pubblico e che sia, dunque, aperto a tutti, poiché questo tipo di conoscenze può aiutare anche il singolo a comprendere (e farsi comprendere da) gli stranieri nella vita di tutti i giorni. Questo lavoro è, come già accennato, indirizzato anche ai centri di accoglienza che, in effetti, sono esaminati all'interno della ricerca, e che fanno da ponte tra diverse culture, spesso avendo a che fare anche con individui che sperimentano particolari tipi di disagio mentale. Il target principale è rappresentato, dunque, dagli operatori nel settore dell'accoglienza e dalle strutture nella loro interezza, viste, cioè, come luogo in cui gli operatori – e (perché no?) i migranti – possono continuare a formarsi, sperabilmente anche con incontri collettivi prenotabili dalla piattaforma.

1.4 Metodo e fonti

Il primo passo per realizzare questo lavoro di tesi è consistito nella ricerca di tutte le informazioni preliminari, essenziali per svilupparne il tema specifico e comprendere la direzione da prendere. È stato esaminato, prima di tutto, il libro *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura* dell'antropologo ed etnopsichiatra Roberto Beneduce, a partire dal quale si è evoluta tutta l'analisi successiva: alcuni teorici citati e/o approfonditi in questo libro sono stati ripresi e analizzati da un punto di vista più strettamente legato alla transculturalità; altre teorie – prese da altre fonti – sono, pure, considerate³. In seguito, l'analisi procede in un excursus sulla storia della depressione, per come essa è stata studiata da filosofi e psicologi occidentali; per questa parte, si sono esaminati vari libri di psicoterapia, fino alla rielaborazione dei principali disturbi – di nuovo, depressivi – contenuti nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (o *DSM – 5*). Questo manuale ha fornito anche una parte delle sindromi culturali trattate nella ricerca, sezione che è stata, tuttavia, approfondita attraverso ulteriori fonti e che si è estesa fino ad incorporare un'analisi della stregoneria. Un contributo fondamentale è stato fornito dagli articoli presenti sul web (alcuni in lingua italiana, altri in inglese), soprattutto nelle parti relative al fenomeno migratorio e alle figure degli operatori sociali. In questo contesto, è stato fortemente considerato il punto di vista dello psicoanalista Raffaele Bracalenti, insieme agli articoli

³ Vedi i Riferimenti Bibliografici.

presenti sul sito web dell'IPRS (*Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali*) di cui è il Presidente. Per quanto riguarda le tabelle statistiche, i dati sono stati estrapolati da ricerche e sondaggi, in particolare dell'ONU e Istat. Una volta terminata la parte teorica e prefissato l'obiettivo della costruzione di *Éthnos* quale strumento formativo per compensare le carenze degli operatori in campo etnopsichiatrico, la restante parte della tesi – ovvero il sito web – è stata svolta utilizzando la programmazione informatica e, in particolare, i linguaggi HTML5 (per la struttura), CSS (per il design grafico) e JavaScript (per le animazioni), dal momento che si è trattato di uno sviluppo prevalentemente Front-end. Per la realizzazione del video informativo, infine, i principali software utilizzati sono stati Adobe Illustrator (per i disegni degli sfondi e il design dei personaggi – *Figura 2*), Adobe After Effects (per le animazioni) e Adobe Premiere (per il montaggio audio e video).

Si è scelto di adottare un approccio metodologico misto: improntato fortemente all'analisi delle teorie e dei dati, al principio; informatico ed estetico, in un secondo momento. In particolare, per la prima parte, è stata data molta attenzione alla correlazione tra gli studiosi e l'attualità dei problemi che essi affrontano e alla scientificità delle statistiche raccolte. I grafici sono stati implementati in base alle informazioni prese da fonti discorsive oppure rielaborati a partire da tabelle di riferimento. Dai Manuali sono state estrapolate le informazioni più utili ai fini della comprensione dell'analisi: gli elenchi riportati non rappresentano uno studio esaustivo; un discorso simile vale nel caso delle leggi relative alle migrazioni: è stato considerato unicamente il regolamento legislativo attualmente vigente, eccetto per alcune informazioni sulle vecchie strutture di accoglienza. Nella fase di ricerca, infine, si è fatto ricorso anche a video esplicativi e/o conferenze di alcuni studiosi. Per quanto riguarda la fase pratica della tesi, si adotterà una metodologia che unisce l'ingegneria al design, facendo ricorso a prototipi a bassa fedeltà prima di costruire quelli ad alta fedeltà e gli strumenti finali. In particolare, saranno realizzati vari sketch, sia a mano sia digitali, in cui si farà attenzione alla struttura delle pagine del sito e alla composizione delle inquadrature del video. Il design grafico sarà sviluppato di pari passo con tale strutturazione, mentre successivamente si sposterà l'attenzione sulle animazioni. Nel caso del sito web, inoltre, verrà utilizzata la piattaforma di sviluppo Firebase per una piccola funzionalità lato server, ovvero la possibilità da parte degli utenti di iscriversi agli eventi in programma, direttamente dalla pagina apposita. Per quanto riguarda il cortometraggio, infine, la parte relativa al video precederà la scelta della musica e degli effetti sonori, sebbene le due parti saranno editate contemporaneamente.



Figura 2.

Uno degli sfondi realizzati su Illustrator per il video informativo.

1.5 Risultati

Anche per quel che riguarda i risultati, è opportuno fare una distinzione tra le parti teorica e pratica di questa tesi. Lo studio della prima, infatti, ha contribuito a fornire dei risultati importanti che, a loro volta, hanno comportato l'instaurarsi degli obiettivi risolti con la successiva parte pratica; dunque, gli strumenti finali realizzati costituiscono i principali risultati del presente lavoro. L'analisi delle teorie, la categorizzazione dei disturbi e delle sindromi, lo studio delle migrazioni, l'esame dei dati statistici e l'osservazione dei percorsi esistenti attualmente per la formazione del mediatore hanno condotto, in particolare, a tre risultati rilevanti:

- il contesto culturale influenza in misura notevole la concezione, lo sviluppo e la terapia dei disturbi psichiatrici;
- i migranti soffrono, spesso, di disturbi mentali di tipo depressivo – più o meno simili a quelli che interessano i pazienti occidentali – e risulta fondamentale, dunque, documentarsi per adottare l'approccio più adeguato;
- gli strumenti attuali a disposizione degli operatori sociali in generale e dei mediatori culturali in particolare appaiono inefficaci dal punto di vista etnopsichiatrico.

Dati gli esiti appena esposti, è emersa la necessità di costruire la piattaforma *Éthnos*. I risultati reali della tesi sono, quindi, sostanzialmente due:

- la realizzazione del video informativo, che può essere distribuito su altre piattaforme Internet, con l'obiettivo di pubblicizzare il sito web;
- la conclusione strutturale del sito vero e proprio in tutte le sue sezioni e la verifica dell'usabilità attraverso un tool di valutazione dell'accessibilità di proprietà di Google Chrome, chiamato *WAVE*.

Sebbene verranno svolti alcuni test qualitativi su entrambi i risultati pratici e saranno apportate le conseguenti modifiche, non ci sarà l'opportunità di verificare l'effettiva riuscita di tali strumenti. La fase di validazione, in effetti, rappresenta il passaggio successivo da compiere, prima di prendere la decisione riguardo alla commercializzazione dei prodotti digitali e alla definizione delle conclusioni tangibili. In ogni caso, si spera che il video e, soprattutto, la piattaforma web possano rappresentare già dei risultati importanti o, perlomeno, dei punti di partenza per sviluppi futuri nella diffusione delle conoscenze etnopsichiatriche e nel perfezionamento delle condizioni di – e delle relazioni tra – operatori sociali e migranti.

In funzione della trattazione teorica dei primi capitoli, l'approfondimento qui svolto lascerà il posto alla descrizione di *Éthnos* e di *Diaphorá* (il sito web e il video informativo, rispettivamente), che costituiscono i risultati pratici di questo lavoro e gli strumenti digitali da fornire agli operatori dell'accoglienza.

2. Le carenze riscontrate

A metà tra i risultati dell'analisi teorica – e la consapevolezza dell'importanza del contesto culturale nella formulazione dei disturbi depressivi – e la decisione di realizzare gli strumenti digitali e informativi di cui si parlerà più avanti, si colloca la percezione che il target considerato non sia abbastanza preparato nell'ambito trattato in questo lavoro. In effetti, prima di esaminare i percorsi e gli strumenti tecnologici di cui gli operatori dell'accoglienza possono usufruire al giorno d'oggi, si è resa necessaria una riflessione sulle figure stesse coinvolte e sulla loro formazione. Come già visto nel capitolo precedente a proposito dello schema di Capitolato del 2018, all'interno dei centri di accoglienza non è più

prevista la figura dello psicologo, sebbene essa risulti alquanto fondamentale ai fini dell'inclusione sociale e del benessere psicofisico di ciascun migrante. Inoltre, molte delle altre figure professionali che operano in questo settore hanno visto le proprie ore lavorative ridursi drasticamente fino a garantire solo minimamente gli obiettivi e gli incarichi che il loro mestiere ricopre. Dal momento che si è in questa situazione, almeno in Italia, pur sperando che si torni al numero di ore precedente (se non ad un numero maggiore), nel frattempo sarebbe opportuno aumentare la preparazione degli operatori rimasti nel miglior modo possibile. Questo non significa che gli operatori sociosanitari diventeranno psicologi o che gli assistenti sociali si trasformeranno improvvisamente in antropologi, così come non potrebbe avvenire il mutamento contrario: è naturale che, per ciascuna di queste professioni, ci sia bisogno di seguire precisi corsi universitari che formano lo studente in questione nella propria disciplina. Ciononostante, un'analisi di tali corsi universitari⁴ ha visto scarseggiare le risorse di tutte queste figure nell'ambito strettamente etnopsichiatrico, dal momento che si tratta di una materia abbastanza specifica. Elementi di psicologia o di antropologia sono rilevabili in molti degli altri percorsi, eppure non esiste niente che li unifichi o che spinga l'ambito psicologico ai tratti prettamente medici della psichiatria. Esistono, poi, dei percorsi professionalizzanti che non fanno parte dell'offerta universitaria; come quelli universitari, anch'essi comprendono, quasi sempre, un livello *base* e un livello *avanzato*, con la differenza che si valorizza maggiormente l'aspetto pratico, con una proposta più ricca sul piano di stage e tirocini, ma minore dal punto di vista informativo. È pur vero che, sparsi sul territorio italiano, sono presenti alcuni – pochi – Master proprio in Etnopsichiatria (non universitari, non sempre ufficiali e/o validi all'estero); tuttavia, di norma essi non sono economici e fanno parte di alte specializzazioni che richiedono una precedente laurea specifica. Anziché tentare un'ulteriore strada nella formazione universitaria (o, comunque, *tradizionale*), si è scelto qui di sviluppare un percorso diverso: quello che vede in Internet il suo fondamento e che sfrutta l'informatica e le arti digitali. I motivi di ciò saranno discussi alla fine di questo capitolo.

Di conseguenza, data la necessità di avere competenze etnopsichiatriche, definita in base alla ricerca teorica sviluppata finora, e data la carenza di tali competenze – sia a causa della composizione dei percorsi di studio degli operatori dell'accoglienza sia a causa delle nuove legislazioni che annullano i benefici derivanti dall'impiego di psicologi e diminuiscono

⁴ Condotti in alcune delle principali università italiane, tra cui l'Università degli Studi di Roma «La Sapienza», l'Università «Alma Mater» di Bologna, l'Università degli Studi di Torino, l'Università di Napoli «L'Orientale» e l'Università degli Studi di Firenze, utilizzando – come fonti – soprattutto i rispettivi siti web.

quelli ricavati da un lavoro cospicuo e ben organizzato da parte delle altre figure – è risultata una buona soluzione quella di progettare una modalità di insegnamento efficace nei confronti di tutti questi operatori, con il fine ultimo di avvicinare i loro ambiti di ricerca e permettere una conoscenza più vasta di ognuno dei loro campi di intervento.

3. Analisi dei percorsi attuali

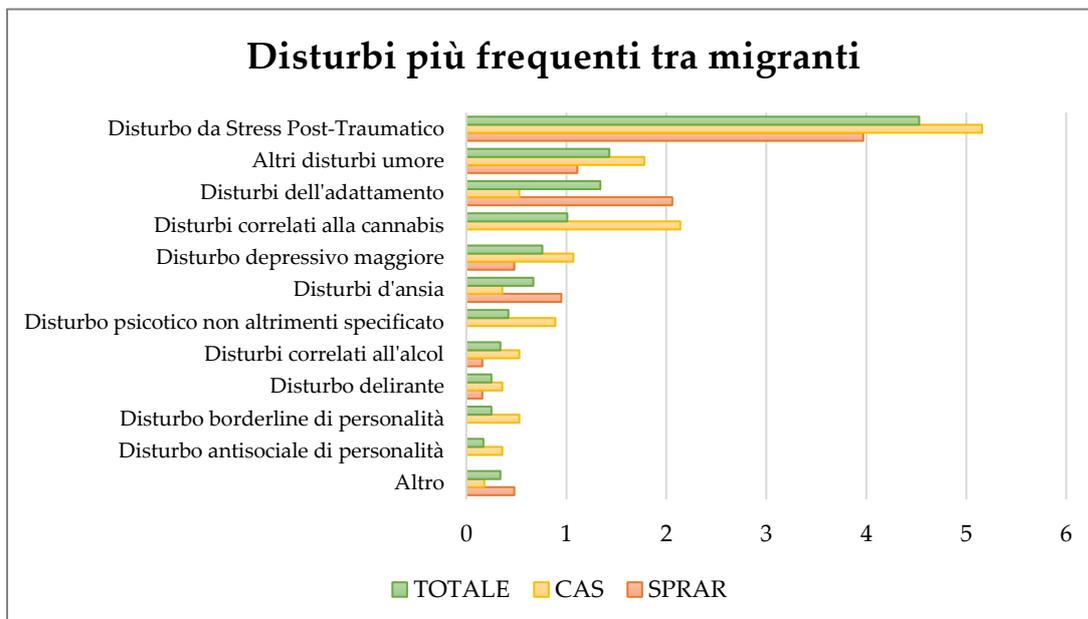
Sfruttare le tecnologie per favorire l'integrazione rappresenta un punto cruciale. Tuttavia, la maggior parte delle piattaforme esistenti sono rivolte sostanzialmente ai migranti stessi; tra le varie strategie in ambito comunicativo, *Tarjimly*, *Benvenuti ABC* e *Meets* sono quelle maggiormente utili e diffuse: i migranti sono, in questi casi, aiutati ad imparare la lingua straniera, con soluzioni divertenti e anche a misura di bambino. Esistono, poi, diverse piattaforme che aiutano i migranti a restare informati relativamente ai loro diritti e alle novità burocratiche: *RefAid*, *Bureocrazy*, *DoNotPay* e *InfoStranieri* sono le principali, tutte tendenzialmente create da ex-migranti. Un'ulteriore categoria di piattaforme esistenti è quella riguardante il mantenimento o la costruzione di relazioni sociali da parte dei migranti, sia con la famiglia e gli amici che si trovano nel Paese d'origine, sia con la comunità di accoglienza – ad esempio, *Just Arrived* e *Refugees Welcome*. In aggiunta, stanno nascendo recentemente altre piattaforme con l'obiettivo di migliorare il sistema dell'accoglienza dall'interno, ovvero permettendo ai migranti stessi, dopo essersi informati, di raccontare le esperienze vissute in prima persona, in modo tale da far emergere eventuali problematiche (un esempio è costituito da *Hi Here*). Come si è detto, tutte queste soluzioni tecnologiche si rivolgono a un target differente rispetto agli operatori e ai professionisti coinvolti nel processo di integrazione. Tuttavia, il sito europeo *forintegration.eu* fa un tentativo in questa direzione, offrendo una serie di dati sui sistemi di accoglienza di alcuni Paesi europei; *Refugees Welcome Map* permette, invece, di visualizzare molte iniziative di supporto, sparse per il mondo; infine, l'app *People On The Move* si pone l'obiettivo di migliorare l'ambito medico-umanitario registrando anonimamente i dati dei migranti soccorsi in mare. Anche in questi casi, però, gli strumenti di supporto agli operatori nel settore dell'accoglienza non contemplano gli aspetti relativi alle specifiche culture di provenienza dei migranti, nonché quelli riguardanti le relazioni tra le *culture-bound syndromes* e i disturbi mentali studiati dalla psichiatria occidentale.

L'unico caso in cui la tecnologia viene effettivamente utilizzata per incrementare la consapevolezza negli operatori culturali che hanno a che fare con i migranti, è rappresentato dall'iniziativa *PsychCare – Psychiatric Services for Refugees*, finanziata dall'OSF (*Open Society Foundation*), in collaborazione con il centro IPRS (Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali) con sede a Roma e con l'associazione *Crossing Dialogues* (si tratta, essenzialmente, di psichiatri e psicologi che si occupano anche dell'assistenza ai migranti, vedi Tabella 7). Questo progetto si pone come obiettivo il miglioramento dei sistemi di accoglienza, oltre che di quelli sanitari. Per raggiungere tale fine, si vuole aumentare l'informazione in ambito psichiatrico. L'iniziativa ha preso avvio a settembre 2018 e si concluderà a settembre 2020, tuttavia ha già fornito un buon contributo⁵.

In questa sede, dunque, sulla scia dell'ultimo progetto citato, si cercherà di colmare tali carenze, non nel campo della formazione professionale che recentemente, pur a stento, ha visto emergere Master specifici oppure in quello della formazione accademica, bensì nell'informazione su supporto digitale: occorre uno strumento costruito, in senso etnopsichiatrico, su misura per tutte le figure coinvolte nell'accoglienza ai migranti.

Tabella 7.

Analisi percentuale dei disturbi psicopatologici presenti nei migranti (centri di accoglienza di Roma, primi sei mesi del 2018).



Fonti: Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma, *Crossing Dialogues*. Associazione per i dialoghi interdisciplinari e interculturali, maggio 2019.

⁵ Si veda <https://www.iprs.it/wp-content/uploads/2018/09/Report-Open-Society-0605.pdf>.

4. Il passaggio all'azione: perché la tecnologia?

La decisione di ricorrere a strumenti di tipo tecnologico per risolvere le carenze viste in precedenza è data da diversi fattori. In primo luogo, l'alternativa più concreta per lo stesso target sarebbe stata quella di ideare una sorta di corso di formazione; in tal caso, tuttavia, sarebbe risultato più complesso diffondere il servizio e coinvolgere gli operatori meno attivi nella scoperta e nello studio delle nuove discipline. Inoltre, come osservato nelle pagine immediatamente precedenti, esistono già dei percorsi di questo tipo, seppure essi non siano né gratuiti né aperti a tutti. Uno dei vantaggi di utilizzare la tecnologia e, in particolare, Internet per la formazione sta appunto nell'opportunità, da parte di chiunque, di accedervi senza particolari prerequisiti. Certo è che il sito sarà sviluppato prevalentemente per gli operatori dell'accoglienza, i quali hanno già le competenze di base per poter comprendere ciò che leggeranno: è nell'accessibilità che si ritrova la principale differenza rispetto agli altri tipi di formazione. È vero, pure, che gli strumenti digitali possono rappresentare un ostacolo per chi non ha dimestichezza con la tecnologia; si proverà a superare questa difficoltà ideando un sito estremamente usabile, consistente e graficamente piacevole, che possa alleggerire il carico intellettuale tendenzialmente associato allo studio. Al giorno d'oggi, in effetti, sono sempre più diffusi ed utilizzati i cosiddetti MOOC (*Massive Open Online Courses*; in italiano, «Corsi online aperti su larga scala»): gli utenti di oggi preferiscono, effettivamente, poter imparare ovunque essi vogliano, in qualsiasi momento della giornata ed in modalità autonoma; questo risulta tanto più vero quando si parla di studenti non giovanissimi e/o con un bagaglio culturale già abbondantemente formato. Tra i percorsi e gli strumenti realizzati negli ultimi anni, inoltre, si può notare una crescita esponenziale di piattaforme web e di app mobile (sebbene nessuna indirizzata nello specifico agli operatori dell'accoglienza), piuttosto che di corsi formativi tradizionali. L'investimento nel settore digitale dimostra che i risultati delle analisi – anche in campi diversi da quello etnopsichiatrico – manifestano una preferenza da parte del pubblico per questo tipo di soluzioni. Qui si è scelto di seguire questo andamento: si tratta di un tema delicato, per cui gli sforzi devono essere orientati alla massima probabilità di riuscita. La possibilità di collettivizzare la formazione permane, in ogni caso, nella costruzione della sezione relativa agli eventi. Un altro vantaggio dello sviluppo informatico e di quello multimediale è rappresentato dal fatto che essi forniscano prodotti sperabilmente facili da utilizzare: i contenuti sono già strutturati nel modo più opportuno, il che rende lo studio dell'utente meno

complesso e più coinvolgente. Tali prodotti sono, poi, adattabili alle esigenze di ciascuno, non solo dai punti di vista spaziale e temporale (la piattaforma web sarà realizzata sia in versione desktop sia in quella mobile), ma anche in funzione del proprio livello di concentrazione e di preparazione iniziale. Le persone, poi, tendono ad elaborare più facilmente le informazioni che appaiono schematizzate in sottoinsiemi significativi; nella costruzione dell'interfaccia grafica centrata sull'utente, dunque, si farà attenzione a rispettare il principio denominato *progressive disclosure*, osservabile nella realizzazione di pagine diverse per ciascun argomento, graficamente comparabili a quelle che trattano argomenti simili, e alle quali gli utenti possono accedere in modo semplice e diretto, piuttosto che consumare inutilmente del tempo, come accadrebbe nella ricerca di informazioni all'interno di libri o articoli. Il prodotto multimediale è utile anche dal punto di vista della memorabilità: è vero, infatti, che il cervello umano riesce ad elaborare le informazioni visive molto più velocemente rispetto a quelle strettamente testuali.

Per tutti questi motivi, si è ritenuto preferibile adottare una strategia di tipo tecnologico anziché tradizionale. I capitoli seguenti tratteranno, in modo approfondito, le caratteristiche strutturali e grafiche del sito web e del video informativo, rispettivamente. Si spera che essi forniscano una possibile ed effettiva soluzione alle carenze formative e strumentali che sono state analizzate in queste pagine.

Cap. V

“ÉTHNOS”

La piattaforma web (ma disponibile anche in versione mobile, pur non essendo stata progettata ancora una vera e propria app), creata con l’obiettivo di risolvere i problemi trattati in precedenza nella presente tesi, prende il nome di *Éthnos* (Figura 3). Questo termine deriva dal greco antico e, letteralmente, sta a significare “popolo”; viene utilizzato in molte parole odierne, tra cui la stessa “etnopsichiatria”. La scelta predilige l’aspetto etnologico piuttosto che quello psichiatrico perché ha una valenza maggiore nella situazione che stiamo attraversando nel periodo attuale: con ciò si intende, dunque, sottolineare la bellezza della diversità e l’importanza di un approccio aperto nei confronti della varietà tra i popoli. L’ambito psichiatrico, tuttavia, si nota fin da subito all’interno del sito: due intere sezioni tra le quattro prevalentemente informative trattano temi di psicoterapia e, soprattutto, i disturbi depressivi citati nel DSM – 5. Il titolo, inoltre, risulta d’impatto e di facile memorizzazione, anche per via della sua brevità, il che comporta un maggiore utilizzo dello strumento stesso. Per rendere il sito più ricco e meno focalizzato sullo studio, sono state aggiunte sezioni secondarie relative ad eventi (al momento, si tratta di esempi inventati), all’aspetto magico di alcune sindromi culturali e una sorta di piccolo atlante interattivo. È utile ricordare che lo scopo primo di *Éthnos* consiste nella formazione dei professionisti del settore – e solo in misura minore del pubblico interessato – e questa è la ragione principale per cui esso prende la forma di un sito: si presuppone, qui, che gli utenti si prendano del tempo per informarsi in modalità simile allo studio, per cui è, senza dubbio, più indicato l’utilizzo di uno schermo grande e ben strutturato. Tuttavia, esistono situazioni in cui tali operatori abbiano una necessità urgente di trovare informazioni riguardanti una certa sindrome o un certo disturbo che la persona con cui si trovano ad avere a che fare può aver sviluppato, oppure per comprendere il contesto culturale da cui tale persona proviene. Per questo motivo, *Éthnos* è stato costruito anche in versione mobile. Data la sua funzione, il sito non risulta particolarmente ampliato dal punto di vista *social*, aspetto da approfondire nella realizzazione di un’eventuale app futura. La struttura e il design della piattaforma saranno esaminati, rispettivamente, nei paragrafi 1 e 2 di questo capitolo.

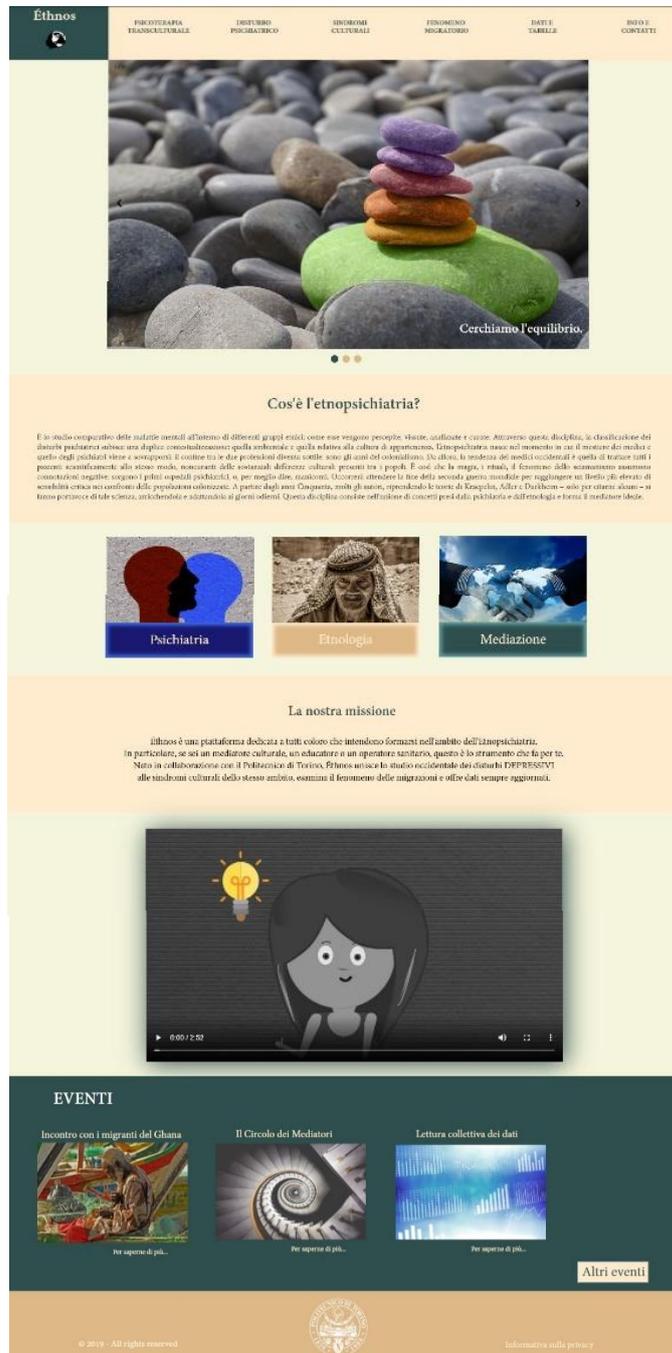


Figura 3.
Homepage della piattaforma creata: Éthnos.

1. La struttura

1.1 Homepage

Éthnos si compone principalmente di sei sezioni, a cui sono state aggiunte ulteriori pagine di arricchimento. La pagina iniziale è puramente grafica, e permette di accedere alla Homepage del sito. Tutte le pagine ospitano un medesimo (quanto meno dal punto di vista strutturale) *header*, ovvero la barra dell'intestazione, che offre l'opportunità di spaziare tra le sezioni principali; le prime quattro indicano delle macroaree affrontate nel lavoro di ricerca – rispettivamente: «Psicoterapia transculturale», «Disturbo psichiatrico», «Sindromi culturali» e «Fenomeno migratorio» - mentre la quinta mostra i dati e le tabelle statistiche riportate in tesi (con l'idea che questi vengano continuamente aggiornati e arricchiti) e l'ultima è rappresentata dai contatti. Tutte queste sezioni saranno trattate nelle prossime pagine, insieme alle aree aggiuntive: una sezione Eventi, una relativa alla Magia, tre pagine generiche sulle materie di studio di base che compongono l'etnopsichiatria e le cui professionalità potrebbero rappresentare un target della piattaforma e, infine, una pagina che offre la possibilità di “giocare” su una mappa del mondo, alla ricerca della sindrome culturale sviluppata in un dato territorio. L'header non mostra le sezioni aggiuntive, che sono, tuttavia, facilmente raggiungibili dalla Homepage o dalla pagina «Sindromi culturali». Un altro componente che si ritrova uguale in tutte le pagine (al di là della eventuale variazione cromatica) è il *footer*, ovvero il campo sottostante con le informazioni sul Copyright e sulla privacy. Nella costruzione strutturale del sito, i riferimenti all'analisi teorica sono notevoli: è possibile trovare porzioni o riassunti testuali senza, tuttavia, che siano tralasciate le informazioni essenziali, in modo tale che l'utente che ne avesse bisogno in tempi ridotti possa ottenere le informazioni essenziali anche senza leggere tutta la ricerca. L'Homepage ospita, immediatamente dopo l'header, un piccolo slideshow introduttivo che ha lo scopo di dimostrare – e, contemporaneamente, pubblicizzare – gli obiettivi della piattaforma stessa: è possibile scorrere tra tre diverse immagini (con i tasti precedente, successivo oppure con i tondini sottostanti) che contengono una sorta di slogan. La ragione per cui lo slideshow è manuale deriva dall'analisi del target; i professionisti sono realmente interessati alle informazioni del sito e lo utilizzano come una sorta di enciclopedia: la staticità

vince sull'invadenza di uno slideshow automatico. Scrollando¹ la pagina, si hanno un paragrafo introduttivo alla materia di base del sito e una piccola sezione in cui è possibile scegliere una delle tre pagine generiche: Psichiatria, Etnologia oppure Mediazione. Per far intendere che si tratta di pagine diversificate dal resto del sito ma simili tra di loro, esse sono poste in uno stesso blocco invisibile: le corrispondenti anteprime sono della stessa dimensione e alla stessa altezza. Dopo una breve area testuale, in cui si spiega la "missione" del sito (e posta, per ovvi motivi, nella pagina principale), è presente, in entrambe le versioni, il video informativo realizzato in animazione come presentazione alla piattaforma². La decisione di collocarlo in questa pagina è stata dettata dall'impatto forte che Éthnos vuole avere nei confronti di tutte le professioni coinvolte nel settore dell'accoglienza, piuttosto che a un tipo di operatore specifico (sebbene il mediatore sia, in un certo senso, considerato unanimemente come la figura il cui apporto dovrebbe essere sempre presente in questi contesti) che rappresentano il target e alle quali questo strumento può fornire il supporto massimo. In aggiunta, si ha un'ultima sezione: quella relativa agli eventi. Tale sezione offre una panoramica degli eventi in programma che stanno per avere luogo; per accedere ad ulteriori eventi nel database, è possibile cliccare sul tasto «Altri eventi». Per una migliore usabilità, tali sezioni sono suddivise in blocchi verticali³. Infine, la sezione Eventi lascia il posto al footer e la pagina è conclusa.

Per ciascuna pagina del sito, è stata creata anche la corrispondente versione mobile; qualche componente originario è stato eliminato (elementi superflui, come alcune immagini), per rendere la schermata più fluida e non sovraccaricare l'attenzione dell'utente; altri sono stati modificati. Un componente essenziale che si ritrova diverso nella versione mobile è l'header: il menù orizzontale a tendina appare, infatti, nascosto; tuttavia, per aprire la variante verticale basta cliccare sull'icona del menù ed essa rimarrà fissa anche scrollando la pagina, a meno che non venga volontariamente chiusa con l'apposito tasto. Nel caso della Homepage, le modifiche rispetto alla versione desktop consistono, essenzialmente, nell'eliminazione dei tondini sottostanti allo slideshow e delle immagini a rappresentanza degli eventi e nella disposizione verticale delle pagine generiche, le quali permangono unificate figurativamente dal design comune (in effetti per queste anteprime, a differenza di quelle degli eventi, le immagini non sono state rimosse).

¹ Il verbo «scrollare» è usato qui come inglesismo; il termine *scrolling* vuol dire scorrimento (in questo caso, della pagina web) e si discosta dal corretto significato del termine italiano («scuotere»).

² Di cui si parlerà nel Capitolo seguente.

³ Vedi anche il design, nel paragrafo 2 di questo capitolo.

1.2 Sezioni principali e relative schede

Per ciascuna delle quattro sezioni principali, l'header e il footer sono mantenuti uguali a quelli presenti nella Homepage, sia strutturalmente sia graficamente. Tutte le pagine hanno la stessa struttura di base: ciò che varia è il contenuto della parte testuale, oltre all'immagine e al colore. Una barra con il titolo è posta in cima, subito dopo l'header, e rimane visibile scendendo lungo la pagina, seguita da tre differenti aree poste circa alla stessa altezza: sulla sinistra, si può notare una barra di navigazione laterale mediante la quale è possibile raggiungere tutte le schede di quella precisa sezione; al centro, è presente un'introduzione alla materia; sulla destra, infine, è stata scelta un'immagine dimostrativa (soprattutto per motivi stilistici e per migliorare la user-experience – *Figura 4*). Nella versione mobile di queste pagine, i cambiamenti relativi all'header sono gli stessi applicati nel caso della Homepage (il menù verticale nascosto); inoltre, il titolo non è più fisso, bensì scompare con lo scorrimento della pagina: questo è dovuto al fatto che, invece, diventa fissa la barra di navigazione laterale – la cui maggiore accessibilità risulta più utile all'utente. Il testo esplicativo è posto alla sinistra e occupa una porzione pari alla metà della pagina (in senso orizzontale), il che non infastidisce il lettore, dati il carattere ancora introduttivo del testo e la sua lunghezza relativamente breve. L'immagine è posta in basso e in posizione centrale ed è seguita dal footer. Da ciascuna di queste pagine è possibile raggiungere le singole schede che compongono quella determinata materia; dall'header, invece, si può arrivare alle schede di tutte e quattro le macroaree. Una volta aperta una specifica scheda, essa sarà stilisticamente simile alla pagina introduttiva a cui è collegata, ma ci saranno alcune variazioni strutturali. La prima di queste è rappresentata dal titolo (senza sfondo e non fisso); inoltre, manca qui un'immagine ma il testo appare più approfondito: esso è composto da due paragrafi, posti in successione verticale. Il motivo per cui sono state applicate queste modifiche – oltre alla necessità di distinguere queste schede dall'introduzione per richiamare una differenza anche contenutistica – è dato dalla volontà di presentare i contenuti in forma enciclopedica. Tuttavia, è presente una singola scheda per ogni micro-argomento, anziché porre tutti i contenuti in una stessa pagina da scorrere, perché risulta molto più schematizzato e ordinato, dunque più usabile. La comodità di poter raggiungere facilmente anche i restanti contenuti è garantita dalla barra di navigazione laterale, la quale è mantenuta anche in queste schede ed è, anzi, posta in posizione fissa. Dopo il secondo paragrafo, una serie di tasti è presente prima del footer: ve n'è sempre uno per tornare alla relativa pagina introduttiva e, in base ai casi, uno solo oppure entrambi tra i due bottoni laterali «Scheda precedente» e

«Scheda successiva». Per quanto riguarda la versione mobile delle singole schede, la barra di navigazione laterale è stata eliminata perché si è scelto di realizzare delle pagine che assomigliassero (seppur graficamente più appetibili) a quelle di un Kindle⁴. La possibilità di raggiungere le altre schede è, comunque, assicurata dai tre tasti di cui si è parlato, che sono posti in una posizione più centrata.



Figura 4.
Pagina introduttiva di una delle quattro macroaree – versione desktop.

1.3 Pagina «Dati e tabelle»

Questa pagina rappresenta la quinta macroarea disponibile all'interno del menù a tendina contenuto nell'header. La struttura di base è molto semplice: l'header e il footer sono gli stessi della Homepage; simile risulta, pure, la composizione della pagina: un'immagine centrale occupa lo stesso spazio che era impegnato dallo slideshow, un breve spazio testuale ricalca quello della "missione" e, infine, il blocco con la galleria di immagini (le tabelle statistiche, appunto) è stilisticamente simile all'area dedicata agli eventi nella Homepage. Si tratta di un *lightbox*, ovvero tale galleria è interattiva: cliccando su ciascuna tabella, essa si

⁴ Il lettore di libri elettronici commercializzato da Amazon.

aprirà in modalità *zoomata* e sarà anche possibile navigare all'interno del nuovo spazio. La gallery, in particolare, può essere aggiornata (non dall'utente) con i nuovi dati disponibili e la scelta del *lightbox* è data dalla volontà di offrire la possibilità di scegliere subito una specifica tabella, ma anche di confrontare direttamente le varie figure in maniera ingrandita, dunque più immediata. La versione mobile di questa pagina è, eccetto che per il solito menù nascosto dell'header, pressoché identica alla corrispondente versione desktop.

1.4 Contatti

Tramite il menù a tendina, si può anche raggiungere la pagina dei Contatti. Essa è molto simile, dal punto di vista strutturale e da quello stilistico, alla pagina «Dati e Tabelle»: un'immagine centrale posta subito dopo l'header lascia il posto a un piccolo blocco testuale, a cui, tuttavia, sono stati aggiunti il logo⁵ della piattaforma – presente anche nell'header e cliccabile (riporta l'utente direttamente alla Homepage) – e le icone di alcuni dei principali social network (Facebook, Twitter e Instagram, a cui è possibile aggiungerne altre in futuro, ad esempio LinkedIn e Instagram). Queste ultime reindirizzano l'utente alle pagine di *Éthnos* (non ancora) create sulle rispettive piattaforme citate. Una sezione sottostante si divide figurativamente in due blocchi: a sinistra, appare una mappa di Google Maps della sede di *Éthnos* (è stato utilizzato, momentaneamente, l'indirizzo del Dipartimento di Automatica e Informatica (DAUIN) del Politecnico di Torino, per il quale è stato realizzato il sito web della presente ricerca; l'indirizzo compare anche in maniera testuale nel blocco relativo ai recapiti sulla destra). L'indirizzo e-mail utilizzato – al momento – è inventato per fini dimostrativi. La versione mobile di questa pagina è quasi totalmente invariata, eccetto che per la disposizione centrata del logo e verticale delle icone che indicano le reti sociali.

1.5 Pagine generiche: «Psichiatria», «Etnologia», «Mediazione»

Dalla Homepage (e unicamente da essa – eccetto per «Mediazione», alla quale, casualmente, si accede anche dalla pagina di uno degli eventi) è possibile accedere ad altre tre pagine, relative ai settori professionali di cui fa parte una buona fetta del target per il quale è pensato questo prodotto digitale. Le tre pagine sono simili tra di loro, sebbene mostrino delle differenze rispetto alle pagine analizzate finora. In effetti, non si ritrova più il solito header della versione desktop, bensì quello della versione mobile. Al posto del

⁵ Vedi il paragrafo 3, in cui viene trattato il design del sito.

primo, si può notare unicamente il logo di Éthnos, posto direttamente in sovrapposizione (così come il titolo) rispetto a un'immagine in bianco e nero che prende tutto lo schermo. Tale importante variazione vuole distinguere questa sezione da tutte le altre, poiché non si tratta di elementi puramente formativi nell'ambito dell'Etnopsichiatria ma di introduzione all'importanza della materia stessa; questi elementi sono posti in basso rispetto all'immagine, in una sezione testuale. Segue il footer (di colore diverso e unico per ciascuna). La permanenza del logo all'interno di queste pagine è dovuta al fatto che esso rappresenta l'unico modo per tornare alla Homepage, la quale, secondo le scelte strutturali di costruzione del sito, deve rimanere raggiungibile da qualsiasi pagina della piattaforma. All'interno della sezione testuale, infine, si trovano due tasti laterali che si aprono completamente solo con il passaggio del puntatore del mouse: essi portano l'utente alle altre due pagine generiche di questa sezione del sito. Per quanto riguarda la versione mobile, si ritrova il menù laterale presente in tutte le pagine mobile e anche, come detto, nella versione desktop di questa sezione in particolare; il logo e il titolo si posizionano in basso rispetto all'immagine (non più in sovrapposizione); i tasti laterali diventano visibili – perché i dispositivi mobile non hanno la funzionalità di spostamento del cursore tipica del mouse – e sono posti ai lati del logo. La parte testuale e il footer restano immutati.

1.6 Sezione Eventi

La sezione Eventi comprende sei pagine, di cui una mostra una sorta di elenco degli incontri, suddivisi in base alla data di svolgimento, mentre le altre cinque consistono in esempi di ciascuna delle due categorie di eventi citate. In particolare, la pagina principale (a cui è possibile accedere tramite la Homepage), presenta, sostanzialmente, soltanto due aree, strutturalmente uguali e poste in successione verticale, relative, rispettivamente, agli “Eventi in programma” e agli “Eventi passati”, oltre a un'area aggiuntiva per l'iscrizione ad uno degli eventi. In ciascuna di tali aree, sono esposti gli incontri (serie da ampliare idealmente con il passare del tempo): oltre all'immagine e al titolo dell'evento – facenti già parte dell'anteprima presente nella Homepage – è possibile osservare la data (in sovrapposizione) e una piccola didascalia riguardante l'evento stesso. La versione mobile è strutturata in maniera equivalente, ma presenta la porzione di area dedicata ad ogni evento disposta verticalmente rispetto alle aree degli eventi precedenti e successivi. Per ciò che concerne l'header e il footer, non ci sono differenze rispetto a quanto accadeva nella Homepage. Le

altre cinque pagine di questa sezione sono presentate a mo' di esempio; hanno tutte uno scheletro simile e lo stesso design. È presente un'unica area principale, composta da una serie di elementi: un titolo e un'immagine (gli stessi dell'anteprima), una descrizione accurata e una riga informativa relativa alla data e al luogo dell'evento specifico in considerazione (nel caso degli eventi passati, questa frase si trasforma in un'esortazione a visionare gli altri tipi di eventi e diventa, dunque, cliccabile). Nella parte sottostante, si invita l'utente a scrivere una e-mail nel caso voglia richiedere ulteriori informazioni; a sinistra di tale sezione sono mostrate le icone dei tre social network già presenti nella pagina relativa ai Contatti, mentre sulla destra un tasto permette di raggiungere la sezione del sito più opportuna per ottenere chiarimenti teorici sull'argomento dello specifico evento. La versione mobile è sostanzialmente identica e, di nuovo, header e footer restano gli stessi. Al di là dei contenuti, le sei pagine hanno tutte le stesse caratteristiche strutturali (oltre che stilistiche) nel tentativo di compattarle, anche visivamente, in un'unica macro-sezione.

1.7 Mappa delle sindromi

La sezione «Sindromi culturali» disponibile nell'header offre l'opportunità di raggiungere la pagina più interattiva della piattaforma. Essa, infatti, a differenza delle altre macroaree discusse precedentemente, mostra due ulteriori collegamenti. Uno di questi è presentato sotto forma di immagine (di un mappamondo, non a caso) cliccabile; è possibile accedere a una nuova pagina, di base strutturalmente simile alle altre, seppur modificata dal punto di vista stilistico (si vedano l'header e il footer). Aprendo la pagina, si può immediatamente osservare un grande planisfero che appare costellato di piccole figure rotonde. Il titolo spiega già come utilizzare la mappa: cliccando sui tondini (ognuno dei quali rappresenta una delle sindromi trattate nella ricerca teorica), la didascalia mostrerà qual è la culture-bound syndrome diffusa in quello specifico territorio. Per completare l'atlante delle sindromi culturali, al fondo è anche presente una piccola lista, insieme al tasto «Indietro». La versione mobile si presenta analoga a quella desktop. Questa pagina è stata realizzata nel tentativo di raggiungere un forte impatto visivo: dal punto di vista teorico e contenutistico c'è poco – soltanto il nome della sindrome e i corrispondenti luoghi di diffusione – eppure essa risulta molto utile all'utente date le sue chiarezza e rapidità d'uso. È stato scelto di non mostrare direttamente i nomi delle sindromi sul Paese in questione per non appesantire

inutilmente la mappa e per aggiungere al sito un'interfaccia facilmente accessibile in modalità di “gioco”.

1.8 Sezione Magia

Attraverso la pagina «Sindromi culturali» (il tasto «Magia» fa da tramite) è anche possibile accedere a una nuova sezione di Éthnos, ovvero quella relativa all'ambito della magia e della stregoneria. Di tale sezione fanno parte quattro pagine: una introduttiva e tre specifiche. Graficamente, esse si discostano da tutte le altre pagine del sito (un po' come accadeva per le pagine generiche di cui si è parlato nel paragrafo 1.5, con l'obiettivo, cioè, di accorparle in un unico blocco distinto dal resto: si tratta di un argomento aggiuntivo e non fondante dell'etnopsichiatria in sé), anche se strutturalmente ne ricalcano molto le proprietà. In ciascuna di esse, sono presenti un header (il menù a tendina è, tuttavia, rimpiazzato da uno classico, per “non svelare completamente il mistero”) e un footer, ma anche l'immagine iniziale si espande fino a coprire l'intero spazio orizzontale a disposizione. La pagina introduttiva comprende una descrizione teorica e una piccola area interattiva: all'utente sono presentate tre pozioni (una mappa di immagine, ovvero un'immagine con aree cliccabili – *Figura 5*) ed egli è esortato a cliccare su una di esse per scoprire qualcosa in più su un argomento specifico relativo alla stregoneria (per come la si è affrontata in questa tesi). In base alla “pozione” scelta, si è reindirizzati su una delle altre tre pagine – concernenti, rispettivamente, il Root-work, il tarantismo e i rituali non occidentali – tutte con la stessa struttura: la descrizione teorica è affiancata da un tasto «Indietro» e da una piccola immagine stilizzata. Tale immagine rappresenta l'unico elemento che differenzia la versione desktop da quella mobile: in quest'ultima, essa non è presente poiché sarebbe risultata eccessiva in uno spazio così ridotto. Lo stratagemma delle pozioni vuole sfruttare la curiosità, forse un po' infantile, verso un mondo che la società occidentale definisce irrazionale.

```
<aside class="pozioni">
  
  <h3 id="scegli">Scegli una pozione!</h3>
  <map name="potionmap">
    <area shape="circle" coords="650,400,60" alt="Rootwork" href="Stregoneria_Rootwork.html">
    <area shape="circle" coords="555,375,40" alt="Rituals" href="Stregoneria_Rituals.html">
    <area shape="circle" coords="460,400,60" alt="Tarantismo" href="Stregoneria_Tarantismo.html">
  </map>
</aside>
```

Figura 5.

Codice HTML5 scritto per creare la mappa di immagine (compilatore: JetBrains WebStorm).

2. Il design⁶

Realizzare un prodotto secondo i giusti principi di design non è semplice; ancora più complesso risulta occuparsi dell'usabilità dei prodotti digitali. Sembra cosa facile, eppure esistono molte proprietà da considerare. Gli ambiti essenziali da tenere a mente nella costruzione di un sito web – o di un'app – riguardano, soprattutto, la disposizione degli elementi all'interno delle pagine, i colori e il comportamento interattivo tra l'utente e il prodotto stesso. Risulta particolarmente utile analizzare preventivamente il target che si desidera raggiungere, in modo tale da procedere ad un lavoro orientato ad esso ed ottenere i maggiori benefici, per tutti. Tendenzialmente, le parole da utilizzare nell'ambito di un servizio multimediale dovrebbero risultare di facile comprensione; eppure, nel caso del sito realizzato per questo lavoro, la situazione appare diversa: si tratta di una sorta di enciclopedia esplicativa e descrittiva piuttosto che una piattaforma di intrattenimento. L'interfaccia, in ogni caso, deve essere d'impatto immediato; questo obiettivo è raggiunto sfruttando la presenza di immagini, tabelle, colori, icone e un font semplice ma efficace. La semplicità, in effetti, è un elemento fondamentale da tenere in considerazione quando si progetta un prodotto o un servizio⁷; questo principio è altamente osservato nella costruzione di *Éthnos*, per non affaticare troppo il lettore, data anche la complessità degli argomenti che sta leggendo. Inoltre, la progettazione è stata incentrata maggiormente sulla versione desktop, poiché si immagina la fruizione del prodotto soprattutto in modalità di studio. Durante il design, occorre anche mantenere rapide le tempistiche di risposta del sito stesso: si è cercato di rispettare questa norma nella progettazione degli elementi più dinamici, come la mappa delle sindromi o la *gallery* delle tabelle statistiche. In termini di usabilità, è pure fondamentale mantenere equilibrato il conflitto tra la semplicità d'uso e quella informatica; spesso, per rendere facilmente usabile una piattaforma digitale c'è bisogno di codice complesso e, viceversa, è possibile programmare un'interazione complessa attraverso codice semplice. Nella costruzione di *Éthnos* si è cercato costantemente di tenere bilanciato questo contrasto. Il processo di «Design Thinking» è strutturato in cinque fasi: la creazione di empatia nei confronti degli utenti finali, la conseguente definizione del target, l'ideazione del prodotto, la sua prototipazione e la validazione finale. La parte pratica di questa tesi è

⁶ Dai lavori del Prof. Giovanni Malnati e della Prof.ssa Sabrina Montagna del Politecnico di Torino, per i corsi di Digital Interaction Design, a.a. 2017-2019, e di Psicologia Cognitiva, a.a. 2017-2018, rispettivamente.

⁷ Nel 1960, l'ingegnere aerospaziale K. Johnson della marina militare degli Stati Uniti d'America enunciò uno dei principi fondanti del design: «Keep it simple, stupid!», noto con l'acronimo KISS.

cominciata dalla terza fase, dal momento che le prime due sono state svolte durante la ricerca teorica. La validazione del test⁸ è consistita nel controllo dell'accessibilità attraverso *WAVE*, lo strumento apposito di Google Chrome e, banalmente, la prova di utilizzo richiesta a un campione di utenza (ovvero, test di usabilità di tipo qualitativo). Particolare attenzione è stata rivolta verso gli obiettivi di efficienza e utilità, collocando in ogni pagina più strade per continuare la navigazione in modo intuitivo, senza che l'utente sia costretto a tornare indietro (si vedano i menù a tendina e laterale presenti in entrambe le versioni del sito) e l'obiettivo di consistenza, ovvero l'utilizzo di un design simile per oggetti e/o pagine che hanno uno stesso obiettivo o trattano lo stesso argomento. Per quanto riguarda la *User Experience*, si è tentato di seguire i «cinque piani di lettura» di Garrett, ovvero: strategia, scopo, struttura, scheletro e superficie. Il passaggio da un piano al successivo comporta una complessità maggiore dal punto di vista creativo (o concreto), ma minore da quello inventivo. Per quanto riguarda la centralità dell'utente, si spera di aumentarne il coinvolgimento anche nella fase di implementazione della piattaforma, attraverso ulteriori test di usabilità, che possano fornire informazioni su eventuali modifiche da apportare al sito. Infine, durante la fase di progettazione dell'interfaccia grafica si è cercato di immedesimarsi in un utente inesperto per renderla il più semplice ed usabile possibile; l'elevato utilizzo degli elementi visivi vuole sfruttare la maggiore capacità del nostro cervello di immagazzinare velocemente questo tipo di informazioni rispetto a quelle testuali.

Per costruire l'interfaccia grafica, in effetti, è stata data molta importanza alla simbologia dei colori. Ognuno comunica in modo personale attraverso i colori, che possono suscitare – per associazione o sensazione – uno stato emotivo differente considerando differenti colori e differenti persone. Tuttavia, secondo questa teoria, gran parte della percezione umana del colore è influenzata dagli elementi naturali; gli studi sulla psicologia del colore hanno condotto ad una generalizzazione della simbologia attribuita dagli esseri umani a determinati colori; ad esempio, esiste una tendenza ad attribuire ai colori freddi e scuri l'abilità di trasmettere tranquillità e di stimolare la riflessione, mentre i colori accesi attivano l'attività cerebrale in senso di dinamicità motoria. Ciascun colore, poi, ha proprie caratteristiche peculiari; esse sono state sfruttate nel design di *Éthnos* sia per la base (ovvero le sfumature cromatiche che si osservano nella maggior parte delle pagine) sia per rafforzare o, al contrario, smorzare una determinata sensazione nelle pagine specifiche. Una precisazione riguarda il colore rosso: secondo gli studiosi di cromoterapia, tale colore aiuterebbe a

⁸ Vedi il Capitolo conclusivo.

combattere la depressione⁹; tuttavia, il rosso non è stato utilizzato all'interno della piattaforma perché il target non consiste in soggetti depressi, bensì in operatori che vi hanno a che fare e che, dunque, hanno un maggior bisogno di stimolare la calma nell'affrontare temi impegnativi piuttosto che scatenare il movimento o la produzione di adrenalina.

2.1 La grafica

I colori utilizzati nella costruzione delle pagine base (header, footer, aree di separazione tra un blocco e l'altro) sono prevalentemente colori pastello. Si è scelto di giocare sul contrasto tra un colore molto chiaro e uno molto scuro per rendere l'interfaccia più leggibile e le suddivisioni più visibili; essi rappresentano tonalità di rosa/marrone («blanchedalmond») e di grigio/verde («darkslategrey») per garantire un senso di maggior naturalezza. La Homepage e le pagine relative alle Tabelle, agli Eventi e ai Contatti riprendono i colori base poiché non trattano argomenti specifici; al contrario, le quattro macroaree principali sfruttano, oltre ai colori già citati per le porzioni generiche, un determinato colore che unifica tutta la macroarea e che vuole suscitare un preciso stato d'animo oppure sfruttare delle associazioni mentali. In effetti, la prima macroarea - «Psicologia transculturale» - è caratterizzata da un colore rosato, che indica femminilità: nell'opinione comune, le discipline meno pratiche sono associate all'universo femminile e, difatti, questa è la sezione più teorica tra tutte. La seconda macroarea - «Disturbi psichiatrici» - al contrario, mostra una tinta azzurra: secondo la simbologia dei colori, le tonalità del blu consentono al cervello di produrre diversi tranquillanti chimici e stimolare la calma, necessaria per non farsi prendere dallo sconforto nello studio delle malattie mentali; la scelta di utilizzare l'azzurro e non il blu scuro è dovuta alla volontà di tenere più viva l'attenzione del lettore. Per la macroarea relativa alle «Sindromi culturali» è stato utilizzato un verde: questo colore rappresenta, tra le varie proprietà che possiede, la volubilità delle persone che attraversano una fase di transizione, la freschezza che si vuole raggiungere dopo la guarigione e la natura che, per le società tradizionali, ricopre un ruolo essenziale. Il giallo/arancione utilizzato per l'ultima macroarea - «Fenomeno migratorio» - oltre all'associazione con il sole e il deserto che i migranti attraversano per raggiungere le terre più sviluppate, è anche il colore dell'idealismo, del cambiamento e dell'avventura. Anche la progettazione cromatica delle sezioni restanti è stata influenzata dalla simbologia: la pagina

⁹ Dalla tesi di laurea specialistica *“Colore intrinseco e Colore percepito. Un modello previsionale di scostamento”*, di David Rossin.

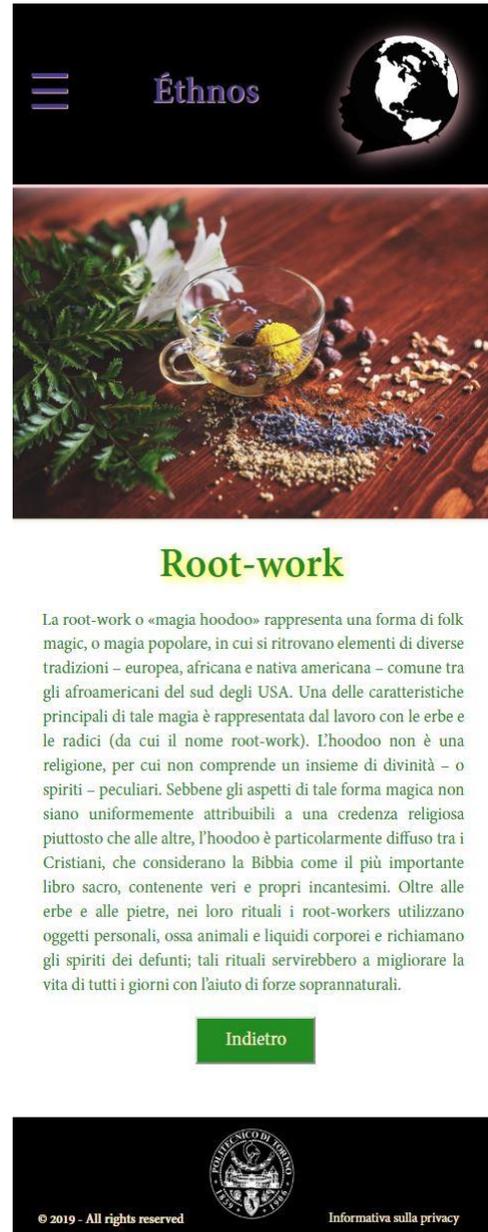
«Psichiatria» è blu (colore dell'introspezione); la pagina «Etnologia» è caratterizzata dalle tonalità del marrone (è lo studio dei popoli e di come essi vivono nella cultura della propria terra, *Figura 6a*); la pagina «Mediazione» sfrutta il verde scuro (per rappresentare la mescolanza: il verde può essere considerato come l'unione più rilevante tra colori primari). Inoltre, nella sezione relativa alla «Magia», è possibile osservare soprattutto il nero e il viola: l'ignoto, la stregoneria e la spiritualità sono concetti ispirati da tali colori; le pagine specifiche di questa sezione sono contraddistinte, rispettivamente, dal rosso (associato al fuoco, per i «Rituali non occidentali»), dal giallo/verde (la natura e la fertilità, per il «Root-work» - *Figura 6b*) e dal blu (con lo scopo di calmare dall'immagine del ragno nel caso del «Tarantismo»). Nella sezione sulla Magia, inoltre, sono utilizzati molti più effetti di ombre e di contrasto, anche a livello testuale. Infine, il testo della pagina contenente la mappa delle sindromi è arancione, il colore della giovinezza e del divertimento, poiché si tratta della pagina più interattiva del sito.

Per quanto riguarda il font, si è scelto di utilizzarne uno abbastanza semplice ma non troppo comune – l'*Adobe Gurmukhi* – cercando di evitare caratteri eccessivamente ricercati: questo facilita la lettura della grande quantità di informazioni presenti. Al fine di mantenere il principio di consistenza, si è impiegato lo stesso font per tutte le pagine e per ogni tipo di blocco testuale (titoli, sottotitoli, paragrafi, sotto-paragrafi), pur modificandone, in funzione della rilevanza e dell'utilità, il colore, le dimensioni ed il peso. Per ogni blocco testuale, la scelta del font è stata accompagnata dalla definizione informatica della famiglia (*sans-serif*) a cui la piattaforma ricorre nel caso in cui il font non fosse presente nello specifico dispositivo.

Un discorso a parte meritano i bottoni. Quasi tutti i tasti cliccabili, in effetti, risultano dotati di feedback per aumentare l'esperienza dell'utente dal punto di vista dell'interattività: al passaggio del puntatore del mouse, essi subiscono delle modifiche (in particolare a livello cromatico). Questa proprietà vale anche per alcune delle aree testuali che rimandano ad altre pagine (ad esempio, le didascalie «Per saperne di più...» collocate nella Homepage e relative ai vari eventi in programma cambiano la propria dimensione con il passaggio del cursore su di esse). Tali elementi sono definiti, quindi, *hoverable*; tuttavia, questa caratteristica non permane nella versione mobile, dal momento che in tali dispositivi non è presente una funzionalità di questo genere. Per alcuni tasti della versione mobile, di conseguenza, la modifica avviene nell'istante in cui essi vengono cliccati; altri restano invariati anche con il click.



(a)



(b)

Figura 6.

- a. Pagina generica «Etnologia» - versione mobile (a sinistra).
 b. Pagina «Root-work» della sezione Magia - versione mobile (a destra).

Per quanto riguarda il logo (Figura 7), anch'esso è stato creato appositamente per questo lavoro di ricerca e, in particolare, per la piattaforma web. Esso consiste di un'immagine stilizzata in bianco e nero e mostra il profilo di un bambino, la cui testa è rappresentata sotto forma di mappamondo. La scelta di utilizzare la stilizzazione e colori neutri è stata dettata

dal maggior grado di professionalità che tali proprietà offrono. A livello concettuale, si è voluto evidenziare il carattere internazionale degli argomenti trattati e, allo stesso tempo, l'obiettivo di rendere la piattaforma utilizzabile da professionisti di tutto il mondo. Il profilo del bambino è stato pensato per sottolineare l'aspetto primordiale tanto dei disturbi psichiatrici occidentali quanto delle culture-bound syndromes e, soprattutto, delle culture tradizionali dal punto di vista di *noi* stranieri. Il logo non è stato creato da zero: due immagini¹⁰ sono state unite (con Adobe Illustrator) per formarne una significativa ai fini di *Éthnos*.



Figura 7.

Logo della piattaforma web Éthnos.

Nella realizzazione della piattaforma, è stata creata anche una pagina quasi puramente grafica: si tratta della pagina iniziale, antecedente e riferibile alla Homepage. Essa è composta da uno sfondo in gradiente di colori, una piccola animazione (programmata, comunque, in CSS) del nome del sito e del relativo logo e un tasto che consente l'ingresso nel sito vero e proprio. Non è possibile tornare a questa pagina da nessun punto interno di *Éthnos*. I colori utilizzati sono molto delicati e il ricorso alle sfumature ha l'obiettivo di invogliare ad entrare. L'animazione in CSS è automatica e avviene immediatamente con il caricamento della pagina; essa consiste in uno stretching del titolo (unito ad una variazione temporanea di colore dello stesso) e un successivo movimento verso l'alto, per svelare il logo sottostante, precedentemente nascosto (*Figura 8*).

¹⁰ Senza copyright, dal sito web internazionale *Pixabay*, per la condivisione di immagini libere dal diritto d'autore.

```
@keyframes text {
  0% {
    color: darkslategrey;
    margin-bottom: -40px;
  }
  30% {
    letter-spacing: 25px;
    margin-bottom: -40px;
  }
  85% {
    letter-spacing: 8px;
    margin-bottom: -40px;
  }
}
```

Figura 8.

Parte del codice CSS scritto per l'animazione (compilatore: JetBrains WebStorm).

2.2 Le animazioni

Per quanto riguarda la parte di codice scritta in linguaggio JavaScript, sono state create alcune animazioni, sotto forma di transizione o di elementi nascosti, per migliorare l'estetica del sito e per incrementarne le funzionalità pratiche. Un esempio di quest'ultimo caso consiste nel menù laterale, che è possibile aprire cliccando sull'icona corrispondente e chiudere per proseguire la lettura della pagina corrente; tale elemento rappresenta una variante del menù a tendina posto nell'header della versione desktop. Un altro componente del sito, stavolta situato unicamente nelle pagine generali delle quattro macroaree, per il quale è stato scritto del codice JS è il blocco che ospita il titolo: esso rimane sempre presente, anche scrollando la pagina, per ricordare al lettore la collocazione del testo che sta leggendo. Come già accennato, questa proprietà è valida solo nella versione desktop, poiché in quella mobile rimane in posizione fissa già la sezione con la lista delle schede relative alla macroarea in questione. JavaScript è stato utilizzato anche per associare i “tondini” dell'atlante delle sindromi ad una corrispondente porzione testuale (diversa per ognuno) che appare, appunto, cliccando su di essi. Le due animazioni legate ad immagini, invece, sono quelle che riguardano lo slideshow della Homepage e il Lightbox della pagina «Dati e Tabelle». Nel primo caso, una serie di funzioni è necessaria perché la sequenza di immagini diventi navigabile: una permette il conteggio dell'immagine e un'altra quello dell'indice corrispondente a ciascuna di esse, un'ulteriore funzione è necessaria per indicare al software l'immagine corrente e, infine, l'ultima funzione serve a mostrare una data immagine piuttosto che un'altra, tenendo conto di tutte le informazioni precedenti; nel codice JS è presente, anche, la modalità di aggiornamento dei tondini sottostanti allo slideshow (*Figura*

9). Per quel che concerne, invece, il Lightbox, la situazione è simile alla precedente; tuttavia, un paio di funzioni aggiuntive risultano necessarie: una per aprire la visualizzazione ingrandita di una data immagine e l'altra per chiuderla (*Figura 10*).

```

let indiceSD = 1;
mostraSD(indiceSD);

function plusSlides(n) { mostraSD(indiceSD += n); }

function currentSlide(n) { mostraSD(indiceSD = n); }

function mostraSD(n) {
  let i;
  let slides = document.getElementsByClassName("immaginiSD");
  let tondini = document.getElementsByClassName("tondino");
  if (n > slides.length) {indiceSD = 1}
  if (n < 1) {indiceSD = slides.length}
  for (i = 0; i < slides.length; i++) {
    slides[i].style.display = "none"; }
  for (i = 0; i < tondini.length; i++) {
    tondini[i].className = tondini[i].className.replace(" active", ""); }
  slides[indiceSD-1].style.display = "block";
  tondini[indiceSD-1].className += " active";
}

```

Figura 9.

Codice JavaScript scritto per il funzionamento dello slideshow nella Homepage (compilatore: JetBrains WebStorm).

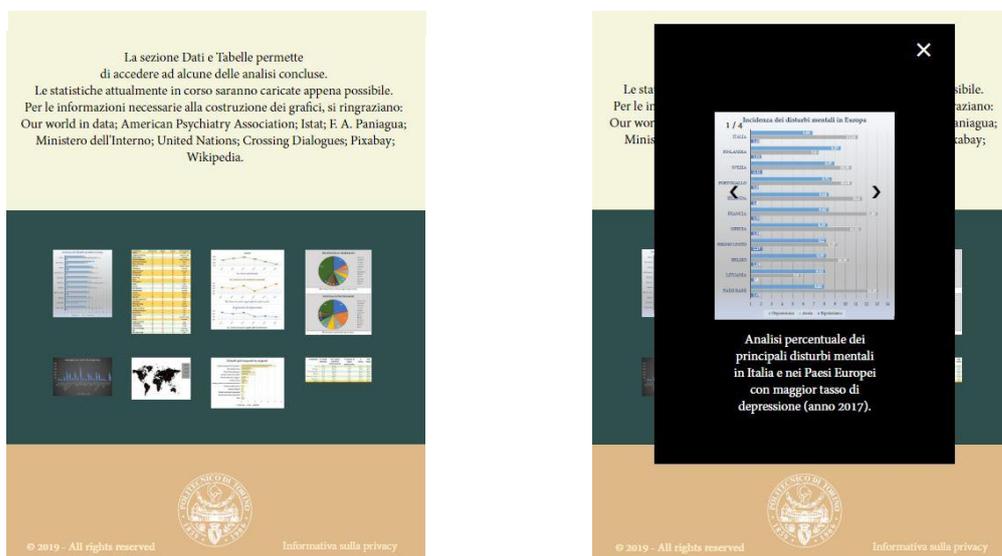


Figura 10.

Gallery nella pagina «Dati e Tabelle» in modalità chiusa (a sinistra) e aperta (a destra)

Per completare il discorso relativo alle interazioni con l'utente, sviluppate attraverso il linguaggio di programmazione JavaScript, occorre aggiungere un'ultima funzionalità di Éthnos; nella pagina generica che riguarda gli eventi e che comprende l'elenco di quelli in programma così come di quelli passati, è presente un'ulteriore sezione: si tratta del *submission form* o modulo di iscrizione ad uno degli eventi in programma (le opzioni relative a quelli passati sono inattive). Tramite questo modulo, è possibile registrarsi indicando i propri nome, cognome, professione e l'evento al quale si vuole partecipare. I primi due campi sono aperti, mentre gli ultimi due sono menù di selezione. Per la costruzione di questa sezione, graficamente consistente rispetto al resto della piattaforma, è stata utilizzata la piattaforma di sviluppo di applicazioni web e mobili Firebase, oggi di proprietà di Google. Si tratta di una serie di servizi online che costituisce un vero e proprio database NoSQL e che può essere utilizzato in alternativa allo sviluppo back-end. In effetti, l'iscrizione al form della pagina degli eventi manda le informazioni scritte dall'utente stesso direttamente ad un *realtime database* di Firebase; le regole sono temporaneamente impostate in modalità pubblica. La chiave utilizzata per salvare gli utenti registrati nel server è rappresentata dalla somma di nome e cognome, idealmente univoca, mentre le due informazioni aggiuntive rappresentano le caratteristiche di ciascun utente. La connessione al database è stata pensata per permettere all'amministratore del sito web e agli organizzatori dell'evento di avere un elenco dei partecipanti e di disattivare l'opzione di prenotazione nel caso si sia già raggiunto il numero massimo di posti disponibili.

Si è scelto di non esagerare con animazioni che potessero risultare superflue o persino ostacolanti per il processo di lettura e studio delle pagine del sito. È importante che Éthnos si mostri come lo strumento professionale e professionalizzante che vuole essere e, dunque, che non posseda elementi inutili aggiunti unicamente per arricchire le pagine senza che abbiano un'utilità funzionale né stilistica.

CAP. VI

IN-FORMAZIONE

Questo capitolo intende descrivere la costruzione e le scelte relative al cortometraggio, realizzato come strumento di supporto e attrattiva al sito web. L'obiettivo di questo breve video è, infatti, quello di informare gli utenti di Éthnos sui benefici ricavati dall'utilizzo del sito stesso e di portarli all'impiego effettivo di questo strumento. Idealmente, il video può essere distribuito anche su altre piattaforme: si è pensato di inserirlo (eventualmente, in futuro) nelle pagine di Éthnos situate sui principali social network, come Facebook. Esso può anche essere pubblicato su YouTube, per una maggiore pubblicizzazione. La scelta principale nella scrittura del soggetto e della sceneggiatura ha riguardato, appunto, l'obiettivo di rendere il sito web appetibile piuttosto che la sensibilizzazione: quest'ultima dovrebbe emergere, nell'utente, nel passo successivo, ovvero l'uso di Éthnos. Di conseguenza, il video vuole essere, contemporaneamente, *informativo* e *formativo*: informa sull'esistenza di questo strumento (quando posto su altre piattaforme), sulla sua utilità pratica e sulla possibilità di trovarvi dati validi; inoltre, forma dal punto di vista umano: il tema fondamentale è il superamento delle incomprensioni dovute alle differenze, viste positivamente, tra le culture. Questo tema è presente anche nel titolo «*Diaphorá*»: il termine, tradotto dal greco antico, significa «differenza»; è stato scelto per l'idea di separazione e di distanza contenuta nella parola (ben visibile nel finale del corto, quando esso appare in due parti separate: *dia* e *phorá*) e per il suono semplice e facilmente memorabile. Si è scelto di ricorrere, ancora una volta, al greco antico per l'associazione con la piattaforma web. Il concetto di differenza che vi si trova si riferisce non unicamente alla diversità di culture tra i due personaggi che esprimono rabbia reciproca, bensì anche alla diversità di metodo e di approccio tra l'operatore che non conosce Éthnos (e i concetti di etnopsichiatria che esso contiene) e l'operatrice che, invece, va ad informarsi sul sito nel momento stesso in cui si crea il problema. In effetti, la trama del corto è tutta basata su questi tre personaggi, tendenzialmente tutti seduti ad un tavolo, all'interno del centro di accoglienza (il luogo è comprensibile grazie ad uno sfondo iniziale). Quando il primo operatore inizia a parlare, il personaggio di colore (un immigrato dall'Africa) si arrabbia e anche lo stato d'animo del primo diventa cupo. L'operatrice cerca invano di calmarli ricorrendo alla traduzione linguistica; poi, le viene l'idea di utilizzare Éthnos: si alza, si reca nell'ufficio e legge alcune

informazioni dal computer. Quando ritorna dai due uomini, tristi, spiega ciò che ha imparato al suo collega e sorride al ragazzo, che guarda il primo operatore: si sorridono a vicenda e si tendono la mano, in segno di pace e comprensione (*Figura 11*). Su questa stretta di mano, si conclude il cortometraggio. Tutto il video è stato realizzato con la tecnica dell'animazione 2D: volendo attirare l'attenzione degli utenti più che sensibilizzare, si è pensato di puntare non tanto sull'aspetto emozionale, quanto sull'aspetto più estroso del cinema. Il video è caratterizzato, dunque, da dinamismo sia visivo sia sonoro: la scelta accurata dei colori accesi – resi in scala di grigi in parte del corto per rendere più incisiva la problematica – è stata accompagnata dall'utilizzo di variazioni musicali piuttosto significative di stili diversi. Si è cercato, in ogni caso, di raggiungere un buon grado di riflessione sull'argomento attraverso il ricorso alle cartelle testuali intermedie (sulla scia dei film muti) insieme ad un doppiaggio ermetico. La speranza nella visualizzazione di questo prodotto è che il target – i vari tipi di operatori nel settore dell'accoglienza di migranti – comprendano l'importanza dei concetti descritti in *Éthnos* e che ogni centro di accoglienza ne usufruisca quotidianamente (di pari passo con l'arricchimento futuro della piattaforma stessa).

1. Sceneggiatura

Il corto è composto, sostanzialmente, da una scena con due diverse ambientazioni e suddivisa in tre momenti. Nella sceneggiatura, sono presenti alcuni effetti sonori e alcuni movimenti di macchina (pur non essendo, chiaramente, presente, trattandosi di animazione). Non è, invece, presente la cartella con il titolo: essa ricorre tra i titoli di testa e l'inizio del cortometraggio e dopo i titoli di coda.

Nelle prossime pagine, è presentata la sceneggiatura completa.



Figura 11.

Fotogramma del cortometraggio: nel finale, i personaggi al tavolo sorridono e gli uomini si tendono la mano.

TITOLI DI TESTA

EXT. FACCIATA EDIFICIO - GIORNO

(cinguettio uccellini - inizio musica)

INT. CENTRO DI ACCOGLIENZA - GIORNO

Carrellata orizzontale su parte della stanza.

L'incontro tra due operatori italiani e un immigrato africano.

Nella stanza, una DONNA e un UOMO bianchi (dalla comparsa di etichette, si capisce che si tratta di una psicologa e di un assistente sociale) sono seduti ad un tavolo insieme a un RAGAZZO di colore. I due uomini sono l'uno di fronte all'altro; la donna è in mezzo a loro. L'uomo bianco comincia a parlare:

*Se davvero vuoi sentirti incluso,
devi imparare a seguire le regole!*

L'altro reagisce con un'espressione di rabbia.

(suono horror)

La scena diventa in bianco e nero.

I tre sono seduti al tavolo; anche l'uomo bianco mostra sdegno. La donna è triste; apre le braccia per calmarli e prova a ricorrere alla traduzione linguistica. Purtroppo, questo non modifica la situazione: i due uomini continuano a non capire e a non trovare un punto d'incontro.

*Tradurre non basta.
Per fortuna, la psicologa ha un asso nella manica.*

La donna comincia a pensare. Finalmente, le viene in mente un'idea.

("tin" della lampadina - la musica si ferma)

La scena torna a colori.

La rabbia degli uomini si è trasformata in tristezza. La donna, invece, sorride; si alza dalla sedia, si gira e cammina, uscendo dall'inquadratura.

(la musica ricomincia)

Éthnos aiuta a superare le incomprensioni.

INT. UFFICIO - GIORNO

Zoom out della scrivania. Il braccio della donna si avvicina al mouse e clicca. Sullo schermo del computer, appare il logo di Éthnos. Il volto della donna si schiarisce per l'accensione dello schermo. Il logo è seguito dalla mappa delle sindromi: sul planisfero, appaiono i tondini e poi i nomi corrispondenti. Scorrono sul display anche alcune tabelle statistiche.

(suono del popping dei tondini)

La donna è stupita dai risultati ottenuti consultando il sito web e sorride.

Con le risorse di Éthnos, la psicologa è pronta ad alleviare le differenze culturali tra i due.

INT. CENTRO DI ACCOGLIENZA - GIORNO

Gli uomini sono ancora tristi. La donna, che si è avvicinata alla sedia libera, si siede e comincia a parlare. Guarda l'uomo bianco e gli spiega cosa ha imparato. Poi, volge lo sguardo verso il ragazzo di colore e gli sorride. I due uomini si fissano; ad un tratto, concedono l'uno all'altro un gran sorriso e alzano il braccio in segno di pace. Hanno raggiunto un nuovo livello di consapevolezza.

(tin del luccichio dei denti)

FADE IN:

Zoom sul quadro appeso al muro: esso rappresenta una mano composta da bandiere. Davanti alla donna sorridente, la mano di ciascuno degli uomini si avvicina per stringere quella dell'altro.

"L'unico vero viaggio di scoperta non consiste nel trovare nuove terre, ma nell'aver altri occhi, vedere l'universo attraverso gli occhi di un altro, di cento altri: osservare i cento universi che ciascuno osserva, che ciascuno è." (M. Proust)

TITOLI DI CODA

2. Illustrazioni

I disegni sono stati realizzati in digitale, personalmente, con l'utilizzo del software *Adobe Illustrator*, ad eccezione delle icone presenti sullo schermo del computer nella scena ambientata nell'ufficio, dei fumetti e della lampadina. Gli sfondi, gli oggetti di scena, i personaggi e le relative ombre sono stati interamente creati da zero.

Per quanto riguarda gli sfondi, è possibile notarne quattro diversi. Il primo rappresenta l'esterno dell'edificio che ospita il centro di accoglienza, con due finestre, un portone decorato con l'insegna e un paio di alberi a completare la composizione; esso compare unicamente al principio del cortometraggio, situandosi tra il titolo e l'inizio della scena al tavolo. Il secondo è, appunto, lo sfondo principale: ci troviamo all'interno di una stanza; il tavolo centrale è circondato da sedie e da elementi decorativi quali un vaso con una pianta e un quadretto appeso alla parete, oltre alla finestra e al lampadario. Questo sfondo è presente nella maggior parte del video. Il terzo sfondo rappresenta la scrivania e si ha nel momento in cui l'operatrice del centro si accinge ad utilizzare *Éthnos*. In questo caso, la stanza ha una diversa tinta delle pareti; al posto della finestra è presente una porta e un nuovo quadretto è esposto sul muro. Oltre al monitor, alla tastiera e al mouse, a completare l'oggettistica della scrivania ci sono anche un libro e un portapenne. Il quarto ed ultimo sfondo è presente dopo l'accensione dello schermo del computer e rappresenta proprio la schermata visibile sul pc; esso mostra la mappa delle sindromi culturali, parzialmente modificata per motivi estetici, e alcune tabelle statistiche, effettivamente presenti sul sito web, oltre che in questa tesi. Per realizzare questi sfondi, si è scelto di utilizzare uno stile cartoonato, sebbene piuttosto realistico (conseguito attraverso l'utilizzo di texture¹, ombre ed effetti particolari).

Nel character design – ovvero nella progettazione dei personaggi – si è cercato di mantenere lo stile cartoonato e vagamente ombreggiato, già adottato nella creazione degli sfondi. Come visto in precedenza, i personaggi di *Diaphorá* sono tre: una donna (una psicologa del centro di accoglienza), un suo collega (un assistente sociale, ignaro dell'esistenza di *Éthnos*) e un ragazzo di colore (dalle bandiere che appaiono all'interno del fumetto quando la donna cerca di placare la rabbia dei due, proveniente dal Ghana). Gli uomini sono stati disegnati in modo tale da amplificare visivamente una certa differenza – tanto fisica quanto culturale – pur mantenendo caratteristiche credibili: l'operatore italiano è chiaro di pelle, ha i capelli biondi

¹ Si ringrazia, ancora una volta, il sito web *Pixabay*.

e gli occhi azzurri e indossa una cravatta; il migrante ha la carnagione scura, come gli occhi, la barba e i capelli lunghi, è più alto e più magro dell'italiano ed è vestito in maniera più semplice. La donna è stata realizzata in due versioni: una di fronte e l'altra di profilo; il design è lo stesso: voluminosi capelli rossi (il colore intermedio è scelto consapevolmente per rappresentare una via di mezzo tra i due "litiganti") la contraddistinguono, oltre a un paio di occhi verdi e a un corto abito blu. Quest'ultimo personaggio può essere considerato quello principale, quasi sempre presente nell'inquadratura e metafora di *Éthnos* stesso: così come il sito, infatti, si pone tra un operatore e un migrante, risolvendone i conflitti. La donna non si irrita mai: può rattristarsi, ma questo la spinge a trovare una soluzione senza ricorrere alla rabbia, al contrario dell'operatore che non ha tale strumento a disposizione e del migrante che non viene compreso. Le illustrazioni sono state realizzate per livelli; nel caso dei personaggi, alcune parti del corpo sono state create in varie versioni – le sopracciglia, la bocca, i capelli – per rendere più agevole parte del successivo processo di animazione (*Figura 12*).

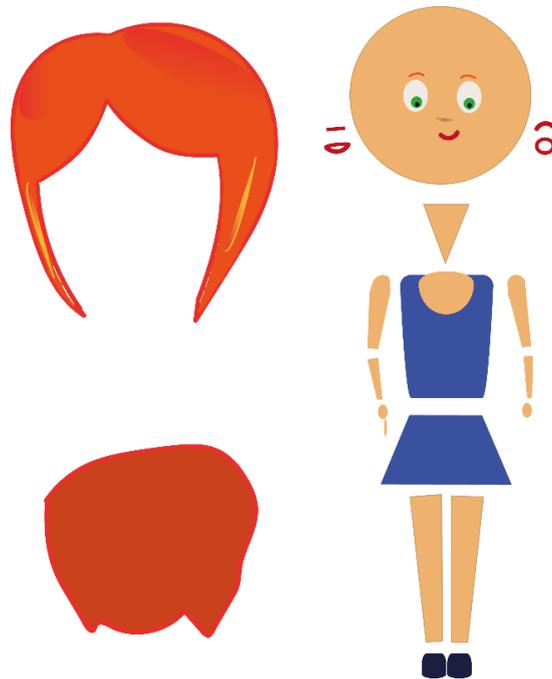


Figura 12.

Character design del personaggio principale (con varie versioni della bocca).

3. Animazione

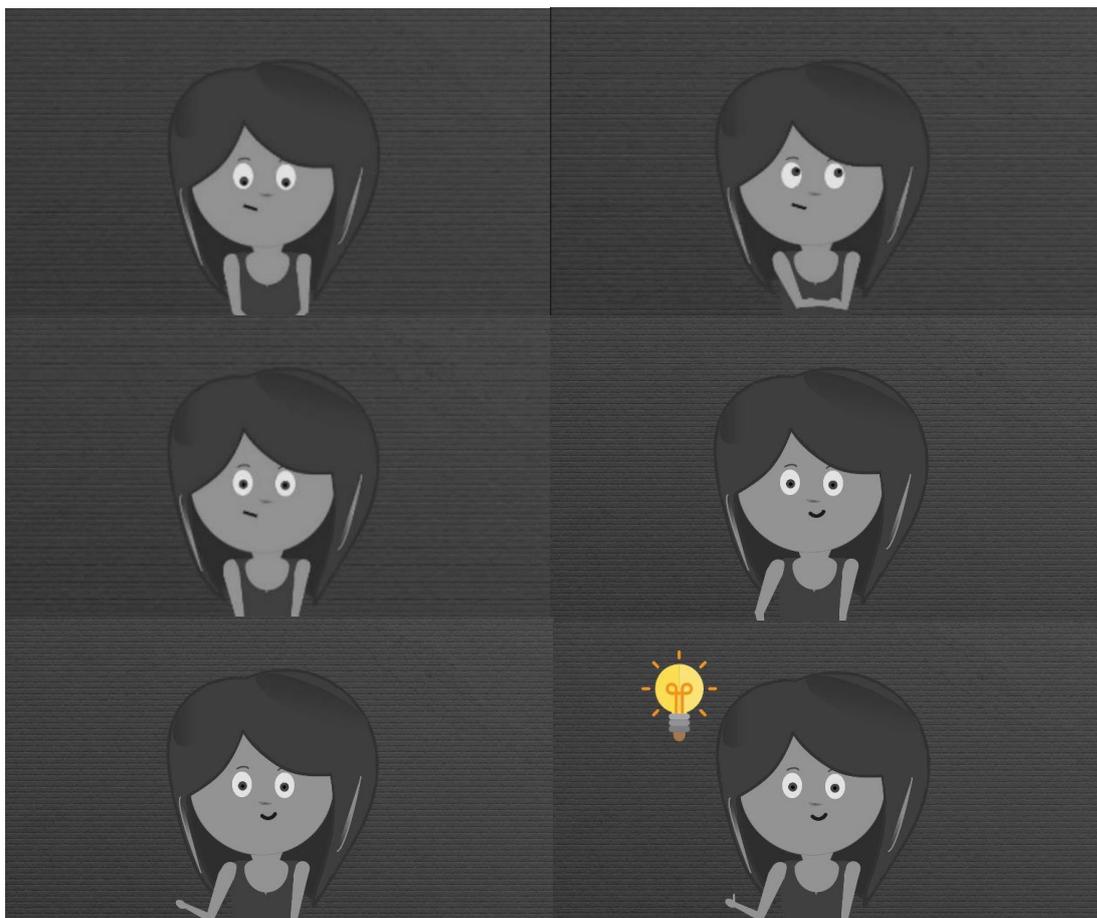


Figura 13.

Sequenza animata dell'idea (da guardare in orizzontale).

Le animazioni del cortometraggio sono state realizzate con il software *Adobe After Effects*. Si tratta di animazioni 2D, create a partire non da modellini 3D bensì da illustrazioni. Si è scelto di realizzare un video in tecnica di animazione 2D perché risulta più immediato e vicino all'età del target di riferimento.

Sono presenti diversi tipi di azione animata. Un primo esempio è quello relativo al movimento della bocca: sono state disegnate delle forme semplici che cambiano le proprie dimensioni ripetutamente quando i personaggi parlano; al contrario, se essi cambiano stato d'animo – e, dunque, l'espressione del viso – le forme utilizzate diventano più di una e l'animazione avviene per sostituzione. Questo è ciò che avviene anche nel caso dell'animazione delle sopracciglia. I movimenti delle gambe del personaggio principale consistono in diverse inclinazioni di questa parte del corpo, ovvero in rotazioni

bidimensionali realizzate fissando il punto di ancoraggio all'altezza delle anche. Nel caso delle braccia, invece, la situazione è leggermente più complessa; in particolare, l'animazione della sequenza dell'idea – di utilizzare *Éthnos*, che viene in mente alla donna dopo che gli uomini si arrabbiano – è stata costruita con una serie di spostamenti, rotazioni e scale, opportunamente poste in successione, non solo delle braccia: la donna porta anche gli occhi al cielo in segno di riflessione e, quando li riporta a un'altezza normale, muove il braccio fino ad estendere il dito indice; a questo punto, appare la lampadina (e l'effetto sonoro associato) che indica la comparsa dell'idea (*Figura 13*). Il movimento con cui la stessa operatrice si siede dopo essere tornata dall'ufficio consiste in spostamenti sull'asse verticale sia delle gambe sia dell'intero corpo (in direzioni opposte). Per accendere il computer, la donna (non visibile nell'inquadratura) muove il braccio (inquadrato): si tratta, qui, di una semplice traslazione. Sullo schermo, appaiono la scritta «*Éthnos*» e il logo della piattaforma, entrambi con una piccola animazione di scala. Per realizzare la sequenza dei tondini rappresentativi delle sindromi culturali è stata effettuata una modifica di sola scala; nel caso delle tabelle statistiche, invece, allo zoom sono state aggiunte delle traslazioni – sull'asse orizzontale nei primi due casi, verticale per le ultime due – in modo tale da poterle inserire tutte nella stessa schermata. Quando gli altri due personaggi ascoltano l'operatrice, la guardano negli occhi: per realizzare l'animazione della rotazione della testa dando la giusta profondità al movimento, si è preferito optare per sostituzione e comparsa. Le mani dei due uomini, inoltre, non sono sempre visibili: le braccia sono, tendenzialmente, appoggiate sul tavolo o sulle gambe con le mani chiuse a pugno; nell'animazione delle braccia tese in segno di pace, dunque, è presente anche la comparsa e la successiva traslazione delle dita per rendere efficacemente l'effetto delle mani che si aprono per una stretta, oltre alla rotazione delle braccia (con il punto di ancoraggio fissato all'altezza delle spalle). Braccia e dita di ciascuno dei due uomini subiscono, poi, un ulteriore spostamento: questo avviene quando si avvicinano a quelle dell'altro personaggio, nella conclusione del cortometraggio. Anche la carrellata iniziale che va dal quadretto alla finestra dello sfondo principale è un'animazione in Adobe After Effects: in questo caso, le proprietà di scala (fissa) e di spostamento (temporale) sono state modificate direttamente sull'immagine dello sfondo stesso, e non sui singoli livelli dell'illustrazione di partenza. In questa fase della costruzione del video, sono state applicate anche delle variazioni dal punto di vista cromatico: il bianco e nero della parte intermedia, la differenza di esposizione luminosa del personaggio femminile dopo l'accensione dello schermo del computer e altre correzioni dei canali video del colore.

4. Montaggio video e audio

Una volta animate le illustrazioni e creata la scena, le varie parti del video sono state legate opportunamente con l'ausilio di *Adobe Premiere*. Questo software è stato utilizzato per il montaggio video ma anche per quello audio, composto da una musica di base a cui sono stati aggiunti diversi effetti sonori.

Per quanto riguarda il montaggio della parte visiva, sono state aggiunte delle cartelle testuali tra alcune delle illustrazioni. In particolare, oltre ai titoli di testa (con i loghi di *Éthnos* e del Politecnico di Torino), a quelli di coda (con la lista delle collaborazioni) e al titolo del cortometraggio stesso, sono presenti cinque schede di testo chiaro (caratterizzato da motivi di stile africaneggiante) su sfondo quasi nero, a mo' di film muto degli anni '20 (con un leggerissimo effetto di «pellicola antica»). Le frasi contenute in tali cartelle possono essere lette nella sceneggiatura: le prime quattro mirano, soprattutto, a spiegare meglio cosa succede nel video e hanno, dunque, carattere prettamente descrittivo; la terza è una citazione di Marcel Proust², che ben si adatta all'idea e all'obiettivo tanto del cortometraggio quanto dell'intera tesi e, di conseguenza, anche di *Éthnos*. Oltre alle schede testuali, è presente una sorta di etichetta su ciascuno degli operatori (unicamente nella inquadratura iniziale – di presentazione), contenente la loro rispettiva professione; nel momento in cui l'assistente sociale parla con il migrante, il movimento delle sue braccia e della sua bocca è accompagnato da sottotitoli, mentre, quando parla la psicologa, il suo discorso è associato ad alcune vignette prevalentemente grafiche. Nella fase di montaggio, inoltre, sono stati applicati alcuni effetti temporali riguardanti la velocità della scena (che, di solito, è stata aumentata per rendere il flusso visivo più dinamico e coinvolgente e per meglio adattarsi alla musica scelta). La parte illustrata del video si apre con uno zoom del primo sfondo e si chiude su un'ultima inquadratura: le mani dell'operatore e del migrante che si stringono davanti ad una variazione di scala della psicologa su sfondo appositamente sfocato, sia per dare importanza all'obiettivo raggiunto sia per trasmettere la positività che deriva da tale traguardo.

² Contenuta in «Alla ricerca del tempo perduto», pubblicato per la prima volta nel 1913.

Il montaggio audio comprende due tracce principali: quella della musica di sottofondo e quella relativa all'effettistica sonora. Per quanto riguarda la prima traccia, sono state scelte tre musiche³: la prima è molto calma e di presentazione al problema; la seconda è più vivace e d'ispirazione verso la risoluzione del conflitto; la terza è di stile africano, particolarmente ritmata e coinvolgente. Le ultime due musiche scelte accelerano il dinamismo e il flusso dell'intero cortometraggio. Lo stile è variegato per comprendere diverse culture e per associazione ai personaggi e alla questione del fenomeno migratorio. La prima musica termina nel momento in cui la psicologa ha l'idea di usare il sito (momento in cui il video si trasforma anche a livello visivo, diventando nuovamente a colori, il che evidenzia che dal punto di «rottura» o di «non ritorno» si va verso la risoluzione della problematica) per lasciare spazio a un breve momento di silenzio. Immediatamente dopo, la seconda musica inizia (quando la psicologa cammina verso l'ufficio) per terminare soltanto alla fine del cortometraggio, in corrispondenza della comparsa dell'ultima cartella testuale. In questo punto del video, inizia la musica africana che accompagna i titoli di coda. Oltre all'effetto horror – in corrispondenza dell'espressione di rabbia del migrante –, durante la visione del corto è possibile notare un rapido fruscio ogni volta che appare – o scompare – la nuvola di un fumetto, nonché quando spuntano le tabelle statistiche e i nomi delle sindromi culturali; prima di queste ultime, la comparsa dei tondini è sottolineata da un *popping* sonoro e, prima ancora della navigazione sullo schermo del computer, il click del mouse ne permette l'accensione. In corrispondenza dell'illustrazione di apertura (*Figura 14*), ambientata all'esterno dell'edificio, si può ascoltare un lontano cinguettio primaverile. Un ulteriore effetto sonoro è quello del *ding* connesso al concetto di idea, che si ha, in effetti, nello stesso momento in cui appare la lampadina; simile a quest'ultimo, tuttavia non identico, è il suono associato al sorriso dei due uomini nella parte finale del corto, a rappresentare una sorta di luccichio (la famosa «stellina sui denti»). Di norma, questi effetti⁴ non sono stati distorti, ad eccezione di alcune piccole variazioni nella velocità e nel guadagno audio. Occorre, infatti, che la presenza della musica non li sovrasti completamente e che essi si adattino alla specifica distanza dalla «camera» dell'oggetto o del personaggio da cui provengono. Per quanto riguarda il doppiaggio, infine, si è optato per un tipo di linguaggio indecifrabile: l'obiettivo era quello di dare corposità al colloquio senza, tuttavia, ridurre l'aspetto grafico.

³ Dal sito <https://incompetech.filmmusic.io/>, che offre la possibilità di scaricare musiche Creative Commons ad uso commerciale gratuito, senza copyright.

⁴ Gli effetti sonori sono stati scaricati dal sito web <https://freesound.org/>, che ospita un database collaborativo di suoni con licenza Creative Commons.

Questa scelta è stata fatta, inoltre, perché il contesto culturale influenza la relazione tra operatore e migrante da vari punti di vista: risultava generalizzante utilizzare una frase specifica piuttosto che un'altra. In questo caso, la registrazione è stata eseguita da zero e tali registrazioni sono state modificate in post-produzione.

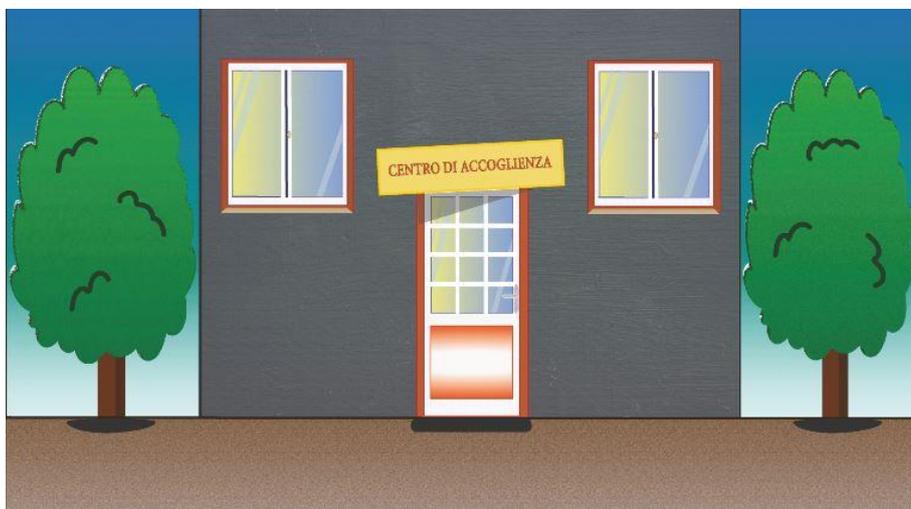


Figura 14.

Sfondo utilizzato nell'inquadratura iniziale, accompagnato acusticamente da un cinguettio.

CONCLUSIONE

1. Obiettivi prefissati e risultati raggiunti

Al principio di questo lavoro, ci si è chiesti se fosse possibile trovare un modo semplice ed efficace per migliorare la relazione che si crea tra i migranti e le figure che operano all'interno dei centri di accoglienza. Si è fatto un discorso prevalentemente incentrato sulla questione italiana, sebbene applicabile anche ad altri Paesi che hanno a che fare, in misura notevole, con il fenomeno migratorio. Le domande a cui si è voluto dare una risposta attraverso questa tesi riguardano: la rilevanza del contesto culturale nello studio delle malattie mentali e, di conseguenza, nell'approccio alla cura dei migranti; la varietà delle sindromi attualmente presenti sul nostro territorio e su quelli esteri, sottolineando le somiglianze e le differenze rispetto ai disturbi psichiatrici di cui si parla solitamente nell'Occidente; l'analisi della posizione delle figure professionali e degli strumenti, a supporto proprio degli operatori, presenti all'interno dei centri di accoglienza, la cui carenza ha dato l'avvio alla seconda parte della tesi, ovvero quella pratica. Gli obiettivi posti volevano, sostanzialmente, aumentare la consapevolezza del problema e sopperire alla carenza di uno strumento utile.

Si è proceduti per passi: la ricerca teorica ha lasciato il posto a un'analisi diagnostica e statistica, per coinvolgere successivamente le abitudini presenti all'interno dei centri di accoglienza di migranti. Due sono i risultati di queste prime fasi: l'effettiva importanza del contesto nella costituzione tanto della struttura psichica del migrante – e, in generale, di chiunque – quanto delle abitudini e della tendenza alla chiusura e alla rabbia che ne può scaturire; la mancanza di un mezzo tecnologico, invitante e semplice da utilizzare, che raccogliesse le informazioni etnopsichiatriche utili per colmare la distanza tra culture diverse. Queste lacune nella preparazione degli operatori costituiscono, essenzialmente, i risultati della ricerca teorica.

In particolare, i risultati dell'analisi teorica possono essere così schematizzati:

- la psicoterapia transculturale ha fornito molti spunti di riflessione per il seguito della ricerca. Lo studio dei vari teorici ha permesso l'identificazione di una differenza sostanziale tra le varie culture dal punto di vista psichiatrico e psicologico, che si riflette anche nella quotidianità e nelle usanze collettive;
- il secondo ambito di studi – quello relativo alla storia della depressione e alla concettualizzazione del suicidio – ha fatto emergere le diversità di sviluppo e di approccio ai disturbi depressivi, in particolare, dovuti alla diversa formazione che gli occidentali e gli individui dei Paesi in via di sviluppo attraversano;
- la parte riguardante le sindromi culturali è stata rilevante per la comprensione della varietà internazionale dei disturbi mentali e ha, dunque, portato ad una mentalità più flessibile nel giudizio e nel trattamento di chi ha una nazionalità diversa dalla propria;
- è risultato importante anche categorizzare i disturbi depressivi, per come esposti nel DSM – 5, per procedere ad una corretta diagnosi e valutare opportunamente se lo specifico disagio del migrante vada collocato tra i disordini psichiatrici oppure se esso rappresenti un problema di minor gravità, probabilmente dovuto all'educazione e al contesto culturale in cui egli è cresciuto;
- l'analisi dettagliata del fenomeno migratorio ha voluto concentrarsi sul sentimento nostalgico dei migranti, il quale spesso li porta ad azioni che l'operatore dovrebbe esaminare in tutta la loro stravaganza. I dati relativi alle migrazioni attuali sono stati utili per riflettere sulla condizione di estremo malessere a cui i migranti sono sottoposti durante il *viaggio*, informazione da tenere in conto quando si lavora a contatto con loro;
- la ricerca sui centri di accoglienza, infine, ha permesso una classificazione delle figure che vi operano, con l'obiettivo che l'insieme di tali figure sappia riconoscere l'utilità e il «raggio di azione» di ciascuna di esse, per poter collaborare meglio. Da questa ricerca è risultata la mancanza di una figura poliedrica: l'idea è stata, allora, quella di incrementare tale caratteristica in tutti gli operatori attraverso la versatilità di un nuovo strumento.

A questo punto, è risultato importante costruire *Éthnos*, la piattaforma web per gli operatori nei centri in questione. Alcuni test di valutazione sono stati eseguiti: per quanto riguarda l'aspetto qualitativo, è stato richiesto ad alcuni possibili utenti – di fasce d'età e background formativi diversi – di navigare il sito autonomamente ed indicare eventuali problematiche; l'aspetto più tecnico, invece, è stato validato attraverso *WAVE*, l'estensione di Google

Chrome che permette la visualizzazione di una scheda contenente tutti gli errori di accessibilità e di contrasto, i miglioramenti applicabili e la suddivisione della pagina in elementi utili e facilmente riconoscibili dall'utente. La risposta del campione di persone nei test qualitativi è stata positiva: il sito è risultato abbastanza intuitivo, esaustivo e dotato di una grafica gradevole. Eventuali errori di accessibilità emersi durante la validazione con il tool WAVE sono stati corretti, tralasciando qualche contrasto giudicato inopportuno dall'estensione, ma adeguato alle scelte stilistiche e, soprattutto, concettuali (legate, ad esempio, alla simbologia e alla teoria dei colori).

In relazione al cortometraggio informativo che si trova nella Homepage del sito web, occorre ricordare che esso ha avuto l'obiettivo primario di attrarre un pubblico variegato – sebbene sia stato adattato soprattutto al target di riferimento – e, allo stesso tempo, di informare tale genere di utenti verso l'utilizzo della piattaforma stessa (risulta, quindi, esplicativo quando visualizzato direttamente dal sito e stimolante quando guardato da eventuali altre piattaforme o social network). In questo caso, la validazione è stata esclusivamente qualitativa: si è chiesto, di nuovo, ad un campione di utenti di osservare il video ed esprimere un giudizio sia dal punto di vista estetico sia da quello concettuale; nel complesso, Diaphorá è risultato un prodotto dal design piacevole e con un andamento chiaro a livello di trama e obiettivi.

La rimozione della figura dello psicologo, in particolare, ha spinto la ricerca verso altri mezzi e percorsi che, tuttavia, sono risultati carenti. Sia il sito web sia il cortometraggio, in quanto strumenti che sopperiscono alle attuali mancanze nel settore dell'accoglienza dei migranti, costituiscono essi stessi i veri e propri risultati della ricerca teorica. La validazione di tali strumenti rappresenta, invece, il risultato dell'ambito pratico di questo lavoro di tesi.

2. Limiti e speranze future

Un aspetto importante da considerare riguarda le limitazioni che hanno interessato il campo di ricerca. Nonostante la nascita abbastanza lontana nel tempo, l'etnopsichiatria è, ad oggi, una disciplina ancora abbastanza nuova; si è cercato, in ogni caso, di approfondire gli argomenti che essa tratta cercando informazioni anche dal punto di vista internazionale, attraverso articoli in lingua straniera. Non è stato semplice, inoltre, investigare tutte le caratteristiche delle sindromi culturali affrontate, dal momento che, nella loro elevata specificità, esse possono essere considerate un campo di ricerca ancora relativamente inesplorato dagli studiosi che non appartengono a quella determinata cultura. Probabilmente nel testo sono state tralasciate alcune sindromi sconosciute al di fuori della cultura di appartenenza, poiché non ne esistono, ad oggi, studi dedicati. Un ulteriore limite della ricerca teorica è rappresentato dalla restrizione della ricerca stessa, in ambito psichiatrico, ai soli disturbi depressivi: sarebbe opportuno ampliare lo studio etnopsichiatrico rivolto agli operatori nei centri d'accoglienza anche ad altri tipi di disordini mentali, in particolare a quelli relativi all'ansia e allo stress post-traumatico, ovvero quelli che, insieme ai disturbi depressivi, coinvolgono un maggior numero di migranti. Sarebbe, altresì, appropriato esaminare i centri di accoglienza di altri Paesi occidentali che rappresentano una notevole meta di migrazioni e le figure professionali che ne fanno parte; in questo contesto, sarebbe importante non trascurare la storicità e l'aspetto giuridico di ciascuna tratta migratoria e di ciascun Paese di partenza e di arrivo. Gli sviluppi futuri della ricerca possono essere fondamentali per approfondire alcuni aspetti solamente menzionati in questo lavoro, oppure ci si potrebbe dedicare all'ambito della stregoneria e dello sciamanesimo come risposta alternativa alle malattie psichiatriche. Rimanendo nel campo terapeutico, sarebbe utile tentare una classificazione dei sintomi specifici principali dei migranti di ciascun Paese (studiando la storia passata e attuale del Paese in questione) in modo tale che essi possano essere più facilmente associati a un metodo di approccio e di cura da parte degli operatori.

L'estensione della ricerca teorica agli ambiti appena citati dovrebbe essere accompagnata da un corrispondente ampliamento della piattaforma web. In questo senso, occorre tenere presente che *Éthnos* rappresenta un prototipo, seppure *high-fidelity*: sono stati considerati aspetti quali l'apparenza e il design, la funzionalità e l'interattività; si è cercato di rispettare i requisiti dello UCD (*User Centered Design*), ovvero la progettazione del sito ha seguito un percorso orientato all'utente piuttosto che al prodotto in sé o all'obiettivo da raggiungere.

Questa scelta è stata fatta per aumentare la probabilità di utilizzo di un servizio che appare, ad oggi, non ancora indispensabile agli occhi di molti operatori (i più tradizionalisti). Seguendo, dunque, i principi dello UCD, ci si è concentrati sulle esigenze, sui desideri e sui limiti del target prestabilito, progettando ed eseguendo anche dei test di usabilità. Lo sviluppo Front-end del sito si può considerare pressoché concluso, sebbene esso possa essere arricchito considerevolmente dal punto di vista testuale e da quello della progettazione lato server: si è pensato di utilizzare, di nuovo, Firebase - la piattaforma di sviluppo di applicazioni Web e mobile di Google - per funzioni quali l'autenticazione, la *chat* e il «condividi», non ancora applicate poiché attualmente il sito ha carattere essenzialmente enciclopedico e informativo. Oltre alla versione mobile, già sviluppata, sarebbe opportuno progettare anche un'App dedicata, con un maggior livello di sviluppo Back-end, in particolare indirizzato alle funzionalità *social*. Ai fini di questo lavoro di tesi, non è stato necessario comprare un dominio per la piattaforma web che, tuttavia, andrebbe assolutamente acquistato per rendere il prototipo un prodotto finito e utilizzabile. Prima di procedere al passo finale - proporre il prototipo ai centri di accoglienza - di questo lavoro, infatti, ci sarebbe bisogno di eseguire ulteriori test di vario tipo; tuttavia, per rispettare l'idea di conservarlo aperto al pubblico, si dovrebbe pensare di utilizzare eventuali sponsor per quanto riguarda sia il mantenimento del sito sia la realizzazione di nuovi video, oppure rendere a pagamento alcune delle future attività (come la partecipazione agli eventi) e utilizzare una parte del ricavato in questo senso. Successivamente, si può pensare anche di modificare delle parti della piattaforma web in base alle richieste degli utenti stessi. Infine, sarebbe piuttosto appropriato tradurre il sito in lingue straniere e dare la possibilità agli utenti di consultarlo nella propria lingua - o in quella che preferiscono - per aumentare l'internazionalità di questo strumento. Lo stesso discorso ben si applica anche ai titoli e alle schede testuali inseriti nel cortometraggio.

Per quanto riguarda, appunto, il video informativo, esso intende soprattutto pubblicizzare il sito e spiegarne l'utilità. Mancano alcuni tratti prettamente emozionali, che avrebbero avuto il ruolo di sensibilizzare al forte tema di base; video di questo genere possono essere realizzati successivamente e pubblicati sull'eventuale App, oltre che su altre piattaforme e social network già esistenti. È pensabile, inoltre, di creare una sorta di appuntamento fisso con dei video animati che pubblicizzino gli eventi in programma oppure altri di backstage o riassuntivi relativi agli eventi passati. Questi ulteriori prodotti avrebbero l'obiettivo di raccogliere un maggior numero di utenti di *Éthnos*, non soltanto tra gli operatori che

conoscono gli argomenti trattati, ma anche tra il pubblico inesperto ma interessato. Sperabilmente, questo obiettivo potrebbe, a sua volta, condurre a una sensibilizzazione maggiore nell'ambito dell'opinione comune e all'organizzazione di nuovi eventi. Nello specifico della tecnica di animazione utilizzata, si potrebbe procedere anche alla realizzazione di video in animazione 3D una volta che, idealmente, il pubblico – e, dunque, il target – si sia ampliato fino a comprendere operatori e curiosi di tipo diversificato. Chiaramente, Diaphorá stesso ha dei limiti tecnici: trattandosi di un video da inserire all'interno del sito e con il fine di attirare il target, l'imprescindibile breve durata ha rappresentato un ostacolo alla maggiore definizione delle azioni dei personaggi e delle animazioni stesse.

L'interesse della ricerca è stato quello di fornire molteplici e accurate ragioni per le quali risulta fondamentale apprendere il contesto culturale di ciascun soggetto, in particolare dei migranti, e conoscere l'influenza di tale contesto nello sviluppo di disturbi psichiatrici. Nell'ottica di migliorare la formazione degli operatori nel settore dell'accoglienza, sono stati sviluppati il sito web *Éthnos* e il video esplicativo *Diaphorá*. Si spera che essi rappresentino strumenti validi per l'obiettivo prefissato e che possano fornire spunti importanti per ulteriori – e più specifiche – aree di ricerca in un ambito, quale quello del disagio psichico dei migranti, fortemente attuale e di considerevole potenza sociale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Bibliografia

Allasino E., Reyneri E., Venturini A., Zincone G., *International labour organization, La discriminazione degli immigrati nel mercato del lavoro in Italia, Ilo International Migration Papers n. 67, Ginevra, 2004*

Ambrosini M., *Richiesti e respinti. L'immigrazione in Italia. Come e perché, Milano, Il Saggiatore, 2010*

American Psychiatric Association, *DSM – 5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013*

Attenasio L., Casadei F., Inglese S., Ugolini O., *La cura degli altri: seminari di etnopsichiatria, Roma, Armando Editore, 2005*

Badon S., *Lo schermo cinematografico tra memoria e oblio. Meccanismi del ricordo collettivo e percorsi di rielaborazione del trauma bellico nel cinema dell'area ex-jugoslava,* tesi di dottorato, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, a.a. **2016-2017**, relatore R. Bartoletti

Basso P., Perocco F., *Gli immigrati in Europa. Diseguaglianze, razzismo, lotte, Milano, Franco Angeli, 2003*

Bellantonio L., *Fanon, “Profeta del Terzo Mondo unitario”, e la “crisi” dell’antropologia,* in Dada Rivista di Antropologia post-globale, semestrale n. 1, Giugno **2018**

Benadusi M., *La scuola in pratica. Prospettive antropologiche sull'educazione,* Firenze, editpress, **2017**

Beneduce R., *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura,* Roma, Carocci Editore, **2007**

Blangiardo G.C., (2008), *“Aspetti quantitativi e riflessioni su prospettive e convenienza dell'immigrazione straniera in Italia.”* in *Tredicesimo Rapporto sull'Immigrazione 2007* (pp. 41-59). MILANO -- ITA: Franco Angeli.

Boccuzzo G., Grassia M. G., *Attività, competenze e professionalità nei servizi agli immigrati: analisi di due realtà italiane,* in *Il mercato delle competenze: metodi statistici per il confronto e l'analisi multidimensionale delle figure professionali offerte e domandate nel terzo settore, 2008*

Bombaci M., *“Arabi della panna”. Dominio e dissenso tra i palestinesi-israeliani di Cana,* in Archivio Antropologico Mediterraneo on line anno XII/XIII (**2012**), n. 14 (1)

Bonatti M., *I lavoratori dell'accoglienza: esperienze e condizioni di operatori in strutture temporanee e centri di prima accoglienza in Sicilia*, tesi di laurea magistrale, Università Ca'Foscari di Venezia, a.a. **2015-2016**, relatore I. Gjergji

Casadei S., Franceschetti M., *“Il mediatore culturale in sei Paesi europei. (Italia, Francia, Germania, Grecia, Regno Unito e Spagna) ambiti di intervento, percorsi di accesso e competenze”*, report di ricerca, in collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, l'Unione Europea e l'Isfol

Cerea A., *Al di là dell'etnopsichiatria. Georges Devereux tra scienza ed epistemologia*, tesi di dottorato, Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, a.a. **2015-2016**, relatore G. Pancaldi

Coppo P., *Etnopsicoterapie*, in «*Psicoterapia e culture*» (Firenze 1995): *Il setting terapeutico Dogon*, «I fogli di Oriss», n. 10, **1998**, pp. 41-61

Croce Rossa Italiana, *Vademecum per la gestione di centri di accoglienza per migranti e richiedenti asilo in contesti di emergenza*, in *Emergenza Migranti Nord Africa 2011*, **2011**

Cuche D., *La nozione di cultura nelle scienze sociali*, **Bologna, Il Mulino, 2006**

Davis A. M., (1989), *The Logic Behind the Magic of Mediation*, in *Negotiation Journal* 5:1 (January 1989), pp. 17-24

De Luca D., *Migrazioni e salute. Etnopsichiatria e svolta etno-pedagogica*, s.l.

Dei F., *Antropologia culturale*, **Bologna, Il Mulino, 2016**

Derosas M., (2007), *“Un percorso di italiano LS in prospettiva interculturale”*, in *Studi di Glottodidattica* 2007, 4, 45-60

Devereux G., *Saggi di Etnopsichiatria Generale*, **Roma, Armando Editore, 2007**

Fondazione ISMU - Iniziative e Studi sulla Multiethnicità, *XXIV Rapporto ISMU sulle migrazioni 2018*, **Milano, Ufficio Stampa ISMU, 2018**

Freud S., *Lutto e Melanconia*, in *Metapsicologia*, **Torino, Bollati Boringhieri Editore, 1978**

Hillman J., *Le storie che curano. Freud, Jung, Adler*, **Milano, Raffaello Cortina Editore, 1984**

- *L'anima del mondo e il pensiero del cuore*, **Milano, Adelphi, 2002**

- *Il Suicidio e l'Anima*, **Milano, Adelphi, 2010**

Jilek, W.G., *La storia passata della Psichiatria Culturale (1820-1980)*, in *Rivista di Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, vol. 1, num. 1, **2013**

Jung C. G., *Simboli della trasformazione*, **Torino, Bollati Boringhieri, 2012**

Manganelli A., Volpato C., (2001), “*Subtle and blatant forms of prejudice against immigrants*”, in *Giornale Italiano di Psicologia*. 28. 351-375.

Margottini, M., & Rossi, F. (2018). *Resoconto sul Convegno conclusivo del Progetto CREI: «Creare reti per gli immigrati»*. Journal of Educational, Cultural and Psychological Studies, 17, 259-268. doi: <http://dx.doi.org/10.7358/ecps-2018-017-marg>

Micillo L., *Un fenomeno poco conosciuto: il Tromba del Madagascar*, tesi di laurea, Istituto Universitario Orientale di Napoli, a.a. **1997-1998**, relatore C. Pasquinelli

Ministero dell’Interno, Servizio Centrale del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati, *Manuale Operativo per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza integrata in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria*, **2015**

Memmi A., *The Colonizer and the Colonized*, **Londra, Earthscan Publications Ltd, 2003**, Introduction by **Sartre J-P.**, pp. 17-26

Parisciani E., *Obblighi internazionali in materia di diritti umani e contrasto all’immigrazione clandestina nel Mediterraneo. Il caso dei respingimenti verso la Libia*, tesi di laurea magistrale, Università degli Studi di Macerata, a.a. **2009-2010**, relatore F. De Vittor

Pugliese E., (2000), “*Il modello mediterraneo dell’immigrazione*”, in *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*, Napoli, 9-10 novembre

- *L’Italia tra migrazioni internazionali e migrazioni interne*, **Bologna, Il Mulino, 2006**

Rossin David., *Colore intrinseco e Colore percepito. Un modello previsionale di scostamento*, tesi di laurea specialistica, Politecnico di Milano, a.a. **2010-2011**, relatore M. Bisson

Siebetcheu Youmbi R., (2011), “*Identità e ruolo del mediatore linguistico-culturale in Italia*”, in *The Journal of Cultural Mediation*, July 2011 - Issue n. 1, 7-16

Smith C. M., *Jung e lo sciamanesimo. L’anima fra psicanalisi e sciamanesimo*, **Torino, Edizioni Amrita, 2014**

Solivetti L. M., *Immigrazione, integrazione e crimine in Europa*, **Bologna, Il Mulino, 2005**

Vezzali L., Giovannini D., (2012), “*Come Ridurre il Pregiudizio: Il Punto di Vista della Psicologia Sociale*”, in *In-Mind Italia* 11, 24–29

Zorzi D., (2007), “*Note sulla formazione dei mediatori linguistici*”, in *Studi di Glottodidattica* 2007, 1, 112-128

Sitografia

Bains J., Race, “*Race, culture and psychiatry: a history of transcultural psychiatry*”, in *History of Psychiatry* 2005; 16; 139, DOI: 10.1177/0957154X05046167

Bassetti A., (2013), “*Transculturale – Clinica*”, in SpiWeb – Società Psicoanalitica Italiana, in <https://www.spiweb.it/spipedia/transculturale-clinica/> (consultato il 08/08/2019)

Benelli C., La Spina C., “*Empatia*”, in *State of Mind. Il giornale delle scienze psicologiche*, in <https://www.stateofmind.it/tag/empatia/>

Blok, A. (1998), The Narcissism of Minor Differences. *European Journal of Social Theory*, 1(1), 33–56. <https://doi.org/10.1177/136843198001001004>

Cantatrione R., “*Hillman da conoscere*”, in *Giovanni Fioriti Editore – Riviste*, pp. 53-64, in <http://www.fioriti.it/riviste/pdf/4/gs%2005%20cantatrione%2012-2.pdf>

Caritas Italiana, *Progetto M.IN.D - Migration Interconnectedness Development*, in http://www.caritasitaliana.it/home_page/attivita_/00007807_Progetto_M_IN_D_Migration_Interconnectedness_Development.html (consultato il 14/08/2019)

- **(2018), Dossier: “10 cose da sapere su migranti e immigrazione”**, a cura di *Ufficio Politiche Migratorie e Protezione Internazionale*, in *Studi e ricerche*, febbraio 2018, in http://s2ew.caritasitaliana.it/materiali/dossier_immigrazione/10_cose_da_sapere_su_CARITAS.pdf (consultato il 14/08/2019)

Casale E., (2014) “*Nella depressione i germi della rinascita: i disagi psichici vanno ascoltati, dove vogliono portarci?*”, in <https://www.jungitalia.it/2014/08/28/dove-ci-portano-la-malinconia-la-nostalgia-la-depressione-jung-carotenuto-hillman-r-morelli-m-l-von-franz/> (consultato il 10/08/2019)

Collomb H., Collignon R., “*Abstracts and Reviews: Les Conduites Suicidaires en Afrique (Suicidal Be Haviour in Africa). Psychopathologie Africaine, 10, No. 1 (1974): 55-113. (In French).*” *Transcultural Psychiatric Research Review*, vol. 12, no. 2, Oct. 1975, pp. 169–171, doi:[10.1177/136346157501200217](https://doi.org/10.1177/136346157501200217)

Colombo F., (2019), “*Il sistema di accoglienza dei migranti in Italia, spiegato per bene*”, in *Lenius. Si legge come si scrive*, in <https://www.lenius.it/sistema-di-accoglienza-dei-migranti-in-italia/> (consultato il 15/08/2019)

Coryell W., (2018), “*Disturbi bipolari*”, in *Manuale MSD. Versione per i professionisti*, in <https://www.msmanuals.com/it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-umore/disturbi-bipolari?query=disturbo%20bipolare> (consultato il 12/08/2019)

- “*Disturbi depressivi*”, in *Manuale MSD. Versione per i professionisti*, in https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-dell-umore/disturbi-depressivi#v1028038_it (consultato il 12/08/2019)

Crossing Dialogues. Associazione per i dialoghi interdisciplinari e interculturali, (2019), *Report "Indagine sui bisogni sanitari e di salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo ospiti dei centri di accoglienza nel territorio di Roma"*, in <http://www.crossingdialogues.com/news75.htm> (consultato il 17/08/2019)

Crosta P. L., Mariotto A., Tosi A., (2014), *"Immigrati, territorio e politiche urbane. Il caso italiano"*, in - *Agenzia romana per la preparazione del giubileo - "Migrazioni Scenari per XXI° secolo"*, in [http://www.cestim.it/argomenti/3 italia/rapporti-papers/dossier_migrazioni/parte_3/urbane.htm](http://www.cestim.it/argomenti/3%20italia/rapporti-papers/dossier_migrazioni/parte_3/urbane.htm) (consultato il 15/08/2019)

De Simone E., (2018), *"L'espressione creativa della depressione e l'arteterapia"*, in <https://culturaemotiva.it/2018/lespressione-creativa-della-depressione-e-larteterapia/> (consultato il 10/08/2019)

Della Porta D., *«Immigrazione e protesta»*, in *Quaderni di Sociologia*, 21 | 1999, 14-44. DOI: 10.4000/qds.1398 (consultato il 14/08/2019)

Devereux, George. 1961. *"Mohave ethnopsychiatry and suicide: The psychiatric knowledge and the psychic disturbances of an Indian tribe."* *Bureau of American Ethnology Bulletin*. 175:1–586.

Elia J., (2017), *"Disturbi depressivi nei bambini e negli adolescenti"*, in *Manuale MSD. Versione per i professionisti*, in <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-mentali-nei-bambini-e-negli-adolescenti/disturbi-depressivi-nei-bambini-e-negli-adolescenti> (consultato il 12/08/2019)

F Aina, O & Morakinyo, O. (2011). *Culture-bound syndromes and the neglect of cultural factors in psychopathologies among Africans.* *African journal of psychiatry*. 14. 278-85. 10.4314/ajpsy.v14i4.4.

Fantauzzi, A. (2007), *"Un'etnopsichiatria critica storicamente fondata: La nostra e l'altrui cultura nel linguaggio della sofferenza e della dominazione"*. *La Ricerca Folklorica*, (56), 151-154. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/40205591>

Ginex M., (2019), *"Evans-Pritchard e la razionalità di un popolo "selvaggio": gli Azande"*, *AXISMUNDI*, in <https://axismundi.blog/2019/02/03/evans-pritchard-e-la-razionalita-di-un-popolo-selvaggio-gli-azande/> (consultato il 09/08/2019)

Guarnieri C., (2017), *"Social media e manipolazione dell'opinione pubblica"*, in *Amnesty International Italia*, in <https://www.amnesty.it/la-manipolazione-dellopinione-pubblica/> (consultato il 14/04/2019)

Hi Here, *Accoglienza migranti: come funziona il sistema italiano*, in <http://www.hihere.eu/blog-post/accoglienza-migranti-sistema-italiano/> (consultato il 15/08/2019)

- *Migranti: cinque modi in cui la tecnologia può migliorare l'accoglienza*, in <http://www.hihere.eu/blog-post/migranti-tecnologia-app/> (consultato il 15/08/2019)

IPRS Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali, (2016), “*Il sostegno psicologico per i richiedenti asilo e per i rifugiati*”, in <https://www.iprs.it/richiedenti-asilo-e-rifugiati/> (consultato il 09/09/2019)

- **(2018)**, *Convegno Finale: “SE.SA.MO. Servizi di Salute Mentale per migranti richiedenti e titolari di protezione internazionale”*, in <https://www.iprs.it/convegno-finale-se-sa-mo-servizi-di-salute-mentale-per-migranti-richiedenti-e-titolari-di-protezione-internazionale/> (consultato il 09/09/2019)

- **(2018)**, “*Persone*” – Raffaele Bracalenti: “*La mente e il cambiamento*”, in <https://www.iprs.it/persone/> (consultato il 09/09/2019)

- **(2019)**, “*PsychCare – Psychiatric Services for Refugees*”, in <https://www.iprs.it/progetti/psychcare-psychiatric-services-for-refugees-2/> (consultato il 17/08/2019)

Istituto A.T.BECK, “*Psicoterapia Transculturale*”, in <https://www.istitutobeck.com/psicoterapia-transculturale> (consultato il 08/08/2019)

Janiri L., Cianconi P., Nardini M., “*Sindromi culturalmente caratterizzate e migrazioni*”, in <https://www.lumsa.it/sites/default/files/lezione%20psicopatologia%2018.pdf> (consultato il 10/08/2019)

Jilek, W.G. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (1995) 245: 231. <https://doi.org/10.1007/BF02191802>

Katan D., (2015), “*La mediazione linguistica interculturale. Il mediatore culturale e le sue competenze*”, in *Lingue e Linguaggi*, DOI 10.1285/i22390359v16p365

In Migrazione, (2018), “*Analisi del nuovo capitolato per la gestione dei Centri di accoglienza. Regalo al business e al malaffare*”, in <http://www.vita.it/it/article/2018/11/08/analisi-del-nuovo-capitolato-per-la-gestione-dei-centri-di-accoglienza/149676/> (consultato il 08/09/2019)

La Tartavela Onlus. Associazione di familiari per la Salute Mentale, “*Il disagio e il disturbo mentale nel mondo*”, in <http://www.tartavela.it/disagio-e-disturbo-mentale.html> (consultato il 28/08/2019)

Legacci A., (2017), “*Storia dell'Etnopsichiatria. Principi teorici, epistemologia e storia dell'etnopsichiatria*”, in <https://www.psicologiatransculturale.it/storia-dell-etnopsichiatria/> (consultato il 08/08/2019)

Leoni F., (2013), “*Psyché / ethnos*”, *Psychiatry Online Italia*, in <http://www.psychiatryonline.it/node/1133> (consultato il 07/08/2019)

Mandel khân G., “*Significato della sofferenza ed esperienza della malattia nell'Îslâm*”, in “*Il caravanserraglio puntosufi*”, in <http://www.puntosufi.it/> (consultato il 11/09/2019)

Melossi D., *Il giurista, il sociologo e la "criminalizzazione" dei migranti: che cosa significa "etichettamento" oggi?* in *"Studi sulla questione criminale"* 3/2008, pp. 9-0, doi: 10.7383/70702

Mengarelli S., *“La depressione secondo le teorie psicoanalitiche”*, tratto in data 19-11-2008 da *“Obiettivo Psicologia. Formazione, lavoro e aggiornamento per psicologi”*, in <http://www.studiomengarellipsicoterapia.it/2012/la-depressione-secondo-le-teorie-psicoanalitiche/> (consultato il 10/08/2019)

Merini A., Vigherani A., *Fra Djinn e Super-io. La relazione terapeutica possibile fra persone di mondi altri*, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2002, XXXV, 1, in <http://www.psychomedia.it/pm-revs/journrev/psu/psu-2002-1-a.htm> (consultato il 08/08/2019)

Stark, R., Doyle, D., & Rushing, J. (1983). *“Beyond Durkheim: Religion and Suicide.”* *Journal for the Scientific Study of Religion*, 22(2), 120-131. doi:10.2307/1385672

Steinberg, W. (1989), *Depression: A Discussion of Jung's Ideas.* *Journal of Analytical Psychology*, 34: 339-352. doi:[10.1111/j.1465-5922.1989.00339.x](https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1989.00339.x)

Tundo A., (2014), *“Breve storia della depressione”*, in <https://www.istitutodipsicopatologia.it/storia-della-depressione/> (consultato il 10/08/2019)

United Nations, *Migration*, in <https://www.un.org/en/sections/issues-depth/migration/index.html> (consultato il 14/08/2019)

Vitale I., (2015), *“Come nasce la Psichiatria Transculturale (Kraepelin, de la Tourette)”*, in <https://www.igorvitale.org/2015/03/15/come-nasce-la-psichiatria-transculturale-kraepelin-de-la-tourette/> (consultato il 08/08/2019)

- **(2015)**, *“Etnopsichiatria: l'efficacia dei riti sciamanici secondo Devereux”*, in <https://www.igorvitale.org/2015/03/18/etnopsichiatria-efficacia-riti-sciamanici-devereux/> (consultato il 08/08/2019)

Zorzoli M., (2018) *“Hikikomori, è boom anche in Italia: migliaia di giovani si auto-recludono in casa”*, in *Business Insider Italia* (consultato il 11/08/2019).

Contributi da **Pixabay**, in <https://pixabay.com/it/>:

Gerd Altmann; Dimitris Vetsikas; Alexandra_Koch; TheAndrasBarta; Free-Photos; hbieser; TeroVesalainen; edar; Clker-Free-Vector-Images; Gordon Johnson; Merio; Photo Mix; Lorenzo Cafaro; Aamir Mohd Khan; Kasun Chamara; Tumisu; Mandy Fontana; Алина Осипова; Jalyn Bryce; David Mark; StockSnap; OpenClipart-Vectors; Schmidsi; mohamed Hassan; Free Creative Stuff; Дарья Яковлева; ElisaRiva; Artworkids; Pexels; Wilhan José Gomes wjgomes.

Contributi da **Unsplash**, in <https://unsplash.com/>:

Randy Tarampi; Manyu Varma; Gabriel; Lisa Hobbs.

Contributi da **Freesound**, in <https://freesound.org/browse/>:

studiomandragore; Saya13; Masgame; GowlerMusic; kwahmah_02; hannagreen; DCPoke; Crashoverride61088.

Contributo da **YouTube – libreria audio**, in <https://www.youtube.com/audiolibrary/music>:

Geographer per “Gentle Breeze”; Late Night Feeler per “When We Found The Horizon”; Jimmy Fontanez/Media Right Production per “Rumba Pa Bailar”; FreeSoundsLibrary per “Morning Sounds”.

INDICE DELLE FIGURE

- Figura 1. *Diffusione disturbi psicopatologici nel mondo con riferimento alle culture-bound syndromes.* pag. 62
- Figura 2. *Uno degli sfondi realizzati su Illustrator per il video informativo.* pag. 100
- Figura 3. *Homepage della piattaforma creata: Éthnos.* pag. 108
- Figura 4. *Pagina introduttiva di una delle quattro macroaree – versione desktop.* pag. 112
- Figura 5. *Codice HTML5 scritto per creare la mappa di immagine (compilatore: JetBrains WebStorm).* pag. 116
- Figura 6. *a. Pagina generica «Etnologia» - versione mobile.
b. Pagina «Root-work» della sezione Magia - versione mobile.* pag. 121
- Figura 7. *Logo della piattaforma web Éthnos.* pag. 122
- Figura 8. *Parte del codice CSS scritto per l'animazione (compilatore: JetBrains WebStorm).* pag. 123
- Figura 9. *Codice JavaScript scritto per il funzionamento dello slideshow nella Homepage (compilatore: JetBrains WebStorm).* pag. 124
- Figura 10. *Gallery nella pagina «Dati e Tabelle» in modalità chiusa e aperta.* pag. 124
- Figura 11. *Fotogramma del cortometraggio: nel finale, i personaggi al tavolo sorridono e gli uomini si tendono la mano.* pag. 129
- Figura 12. *Character design del personaggio principale (con varie versioni della bocca).* pag. 133
- Figura 13. *Sequenza animata dell'idea.* pag. 134

Figura 14. *Sfondo utilizzato nell'inquadratura iniziale, accompagnato acusticamente da un cinguettio.*

pag. 138

Tabelle

Tabella 1. *Variazione nel tasso di suicidi in Italia tra il 2011 e il 2016.*

pag. 35

Tabella 2. *Sindromi culturali presenti nei sistemi di classificazione e continente di maggior diffusione.*

pag. 60

Tabella 3. *Analisi percentuale dei principali disturbi mentali in Italia e nei Paesi Europei con maggior tasso di depressione (anno 2017).*

pag. 61

Tabella 4. *Proprietà dei migranti in funzione della regione di destinazione (2017).*

pag. 71

Tabella 5. *Stati coinvolti nella migrazione (con trasferimento di residenza) da e verso l'Italia (2016).*

pag. 72

Tabella 6. *Numero di migranti ospitati nelle strutture di accoglienza italiane anche nell'ambito del Sistema di protezione richiedenti asilo e rifugiati (Sprar), per regione e per anno.*

pag. 75

Tabella 7. *Analisi percentuale dei disturbi psicopatologici presenti nei migranti (centri di accoglienza di Roma, primi sei mesi del 2018).*

pag. 104

